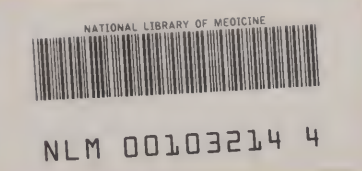

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE
NLM 00103214 4



EPIDEMIOLOGÍA ARGENTINA

EL CÓLERA

Y

SU TRATAMIENTO

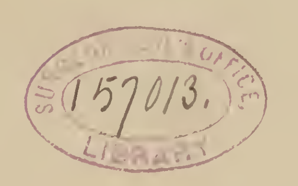
POR EL

Dr. JOSÉ PENNA

DIRECTOR DE LA CASA DE AISLAMIENTO

Ex-Presidente
del Círculo Médico Argentino—Ex-Interno del Hospital
General de Hombres y del de Mujeres—Director de la Escuela de Enfermeros
Catedrático sustituto de Patología Interna en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires—Miembro
correspondiente de la Academia Imperial de Medicina de Rio Janeiro, de la
Sociedad Geográfica del Brasil y de la Sociedad
Médico-práctica de Paris.





BUENOS AIRES

Establecimiento Tipográfico EL CENSOR, Corrientes 289.

1888

Cholera

Presentamos á la consideracion del lector este libro, fruto del trabajo y del estudio.

Su título indica su objeto y su alcance: es un estudio práctico del cólera considerado á la luz de los conocimientos modernos y calcado sobre la mas severa observacion.

Pero escribir sobre el cólera cuyo cuadro clínico hace 70 años que los médicos vienen retocando con las pinceladas maestras que le han dado el tono bajo el cual hoy se nos presenta, pareceria ridículo en los tiempos actuales, en que ese cuadro tan perfecto, diríase concluido al fin.

Sin embargo, no es así, y por mas acabado que parezca, ofrece aún en su fondo claros tan grandes, que nadie todavia ha podido llenar á pesar de las numerosas tentativas hechas en tal sentido.

El tratamiento del cólera es todavia un problema y un problema de resolucion difícil en el que la incertidumbre y la duda se imponen á cada paso;—la mortalidad

de hoy es mas ó menos la misma que la de sus primeras irrupciones.

Como este estudio converje hácia ese lado práctico de la cuestion, al tratamiento, creemos poder contribuir con el modesto contingente de nuestra observacion, á tan importante asunto, aún en debate.

Por otra parte, las epidemias coléricas, no han sido siempre idénticas en sus determinaciones sintomáticas, en su intensidad, en sus formas clínicamente esteriorizadas; y en este caso, el esponer los caracteres de la última por que hemos pasado, pero en realidad la primera estudiada, es añadir un eslabon mas á esta cadena que desde 1817 viene forjando esta enfermedad con sus frecuentes invasiones.

Además, no existe entre nosotros ningun estudio clínico ó práctico de la mayoría de las epidemias que hemos sufrido, y en lo que se refiere al cólera, apenas poseemos uno que otro dato perdido en los periódicos folletos, tésis, etc.

Por consiguiente, al presentar este trabajo, cumplimos con un deber y con una necesidad, precisamente en este país en que los muertos por enfermedades infecciosas contribuyen con la mas alta cifra en las tablas de la mortalidad.

Cuando se medita tranquilamente sobre la inmensidad del vacío que á este respecto nos rodea, puede comprenderse si la necesidad de llenarlo se impondrá á aque-

llos que, como nosotros, animados solo de la idea del bien, esponemos sin pretension el resultado de nuestros estudios y observaciones, si no para enseñar, al menos para dejar constancia de estos hechos, que en muy pocas partes del mundo como aquí, una vez terminados, pasan al dominio de los últimos recuerdos, de las mas vagas tradiciones, pero siempre de los peor interpretados y juzgados por carecer exactamente de los elementos indispensables de juicio, como ha sucedido entre nosotros las veces que nos ha tocado en suerte soportar estos accidentes de la desgracia.

Si preguntáramos á un médico anciano, de esos de profunda esperiencia, porqué aquí no hay libros donde interrogar estas cuestiones, y en casos de este género hubiera que recurrir á esos textos vivos, seguramente que no hallaríamos la contestacion deseada; y si todo nuestro empeño cediera ante la insuficiencia del oráculo, tendríamos que ignorar, como ignoramos muchos, nuestras principales epidemias, casi todas exóticas y aclimatadas luego en esta América vírgen, digna de mas consideracion por aquellos conquistadores que la hicieron suya, y las importaron en mala hora con sus plagas y vicios, para venir despues á estampar en la historia y como baldon para la oprimida víctima, que la sífilis, por ejemplo, la habian tomado de los indígenas en sus correrías!

Con razon decíamos en otra obra: «América inocente, hasta en la historia mórbida la Europa te calumnia!»

Y lo peor del caso es que nosotros somos los principales culpables, nosotros que en ciencia hemos procedido con la misma incuria de nuestros hacendados, que hasta hace muy poco, esperaban el acrecentamiento de sus ganados con solo la ayuda de la naturaleza y del buen Dios!

Es por eso que no nos estrañaria que mañana algun autor europeo, nos pretendiera ilustrar sobre la epidemiología argentina, ellos que sin salir de su país y sin tener donde procurarse los documentos necesarios, que nosotros hemos debido rastrear en los rincones de las bibliotecas, nos han dado tan raros ejemplos de nuestra geografia médica.

Nosotros somos los culpables, únicamente nosotros. Bien es verdad que en medio de la fiebre de grandezas y de negocios en que vivimos, es mas lucrativo negociar que estudiar, y sobre todo que escribir; pero si todos pensáramos de idéntica manera, el Gobierno haria mejor en mandar cerrar las Facultades y Escuelas, confirmando así la espresion de un político sobre la verdad de las *profesiones parásitas*.

Es tiempo ya de reaccionar antes que el desaliento invada hasta á los mas intrépidos.

En efecto, el estudio de las epidemias es de tan palpitante interés y tan fructífero como el de nuestro suelo, de nuestras industrias, de la inmigracion, de nuestra riqueza, en fin, porque es uno de sus factores á los que está íntimamente vinculada.

Por nuestra parte y mientras tengamos editores tan amigos y galantes que se animen, porque hoy es menester animarse, tal es la ruina que amenaza la publicacion de cualquier obra, continuaremos en esta tarea, que la creemos necesaria y que llevamos á cabo persiguiendo el noble fin de que alguna vez se crea, que no ignoramos nuestras cosas, que estamos al cabo de nuestra situacion en medicina como lo estamos del estado del comercio, de la industria y de nuestra prosperidad como nacion.

Las epidemias coléricas han arrasado á nuestros pueblos, han recorrido todo su suelo, salvando los rios, las montañas y las inmensas llanuras de la Pampa, sin economizar al salvaje errante ni á las tribus montaraces que pueblan las impenetrables selvas del Gran Chaco.

Todo ha caído á su empuje: las autoridades han huido á su presencia, el terror mas grande ha invadido los espíritus, y el cuadro imponente de desolacion y ruina mas de una vez se ha alzado horriblemente grandioso sobre el territorio de la República.

Como lo diremos en una obra complementaria de la presente, que está en prensa, el cólera ha sido una de las epidemias exóticas que mas grandes males ha ocasionado á la República toda.

Y sin embargo, ¿qué nos queda de ellas? El recuerdo de algunos muertos, la tradicion de sus horrores, el éco tal vez del clamoreo de los pueblos diezmados!

No obstante, nos queda algo mas, nos queda su historia truncca que pronto tendremos oportunidad en dar á conocer.

Presentamos aquí entretanto y como un anticipo, un resúmen bien lijero.

La reducida guarnicion del Fuerte Argentino (Bahia Blanca) y la escasa poblacion allí agrupada, fué la primera que esperimentó en el año 1856, los ataques de esta *peste*, hasta entonces desconocida en el país, é importada á esos lejanos lugares, precisamente por la Espedicion Agrícola Militar que al mando del malogrado coronel D. Silvino Olivieri, fundó la Nueva Roma.

Este episodio de nuestra historia mórbida perdido en la soledad del desierto, habria quedado ignorado de todos y de los médicos en particular, si no hubiéramos, por razones especiales que se enumerarán á su tiempo, tenido la fortuna de hallar en los testigos presenciales la cooperacion mas decidida.

En 1867 (en Marzo) vuelve á reaparecer esta enfermedad, importada del Brasil, cuando nuestros batallones se atrincheraban en los campos del Paraguay *(Tuyuty)*. Esta epidemia cundió en el ejército, atacó á Corrientes, al Rosario, á Buenos Aires y San Nicolás, etc. Luego cesó un momento durante aquel triste invierno, para volver de nuevo en Setiembre de aquel mismo año, pero mas activa, mas violenta, mas aterrorizante, primero en los sitios antes atacados, cebándose

de preferencia en los numerosos pueblos de la campaña de la Provincia de Buenos Aires y en el mismo ejército, entonces en *Tuyu-cué*. Pero al difundirse esta vez, franqueó las poblaciones del litoral, para estenderse por el interior de la República: Córdoba, la inmaculada Córdoba, fué arrasada y en dos meses escasos 6000 víctimas fueron su consecuencia!

Esta fué la epidemia grande, que se conserva en la memoria de muchos con el nombre de el cólera de 1868.

Pero esta infatigable fúria tantas veces escapada del Rio Sagrado (Ganges), torna á adormecerse en el invierno de ese año para librar la última batalla en 1869.

Las víctimas que produjo se cuentan por millares, y esas montañas de cadáveres mudos que dejó á su espalda, tan poco influyeron sobre el ánimo de las personas autorizadas, que pronto el silencio mas absoluto sucedió á su recuerdo: nada de medidas higiénicas, nada de profiláxia, nada de nada!

En 1873, por tercera vez el cólera visitó el país; pero con bastante discrecion, pues, constituyó una epidemia comprimida y de escasa importancia.

En fin, en 1886, cuarta importacion, cuarta epidemia, la mas espandida de todas, porque se estendió por todas las Provincias y Territorios.

Mendoza y Tucuman, que hasta aquí habian escapado

ilesos, sobresalieron en esta ocasion y dieron la nota mas elevada de la mortalidad.

La República se agita, los Gobernadores de las 14 Provincias con muy raras escepciones, dictan á su arbitrio las mas estrañas y severas medidas cuarentenarias; pero el mal sube, y sube hasta generalizarse en todo el ámbito del país.

Por fortuna cesó en Abril de 1887, pero para reaparecer lánguida y postrada en la Provincia de Salta donde ha pretendido herir con golpes huecos!

Pero despues de tantas hazañas, de tanto ruido y luto tanto, llegó al fin el dia del despertar, y hoy, gracias menos á la esperiencia que al espíritu de la época que agita á la juventud actual, vehemente, estudiosa y entusiasta; que ha sabido dejar de lado las decantadas antiguallas, la organizacion de la Higiene Pública, en los términos y límites severos impuestos por los conocimientos sobre la verdadera causa de las enfermedades infecciosas, sabrán poner en su justo lugar no solo á las enfermedades exóticas, sino tambien á aquellas mas rastreras, que se incuban perpétuamente en el seno de nuestras ciudades.

Al terminar esta esposicion que á modo de preámbulo insertamos aquí, debemos cumplir con una deuda sagrada, y es agradecer públicamente al cuerpo de practicantes de la Casa de Aislamiento y al actual Sub-Director, Dr. D. José A. Esteves el valioso concurso que

siempre nos prestaron en aquellos dias amargos de la epidemia, y sin el cual no habríamos podido reunir el inmenso material práctico que estas páginas encierran.

José Penna.

Febrero de 1888.

CAPÍTULO I

Consideraciones generales sobre el cólera

SUMARIO—Consideraciones generales—Vacios en la bibliografía médica argentina á este respecto.—Tésis y estudios sobre esta enfermedad—Sus deficiencias—Necesidad de insistir sobre estas cuestiones, principalmente bajo el punto de vista clínico—Importancia de la clínica de las enfermedades infecciosas—¿Porqué?—Definiciones del cólera—Han variado segun las opiniones de los autores—Fisiología Patológica del cólera—Teorías—Localizacion de su causa primera en la sangre—Localizacion en el corazon;—en el sistema nervioso cerebro espinal (Briquet y Mignot, Chapman);—en el simpático (Pinel, Chossat, Marey, Poincaré etc.)—Esposicion de la teoría de Marey—Objeciones—Opinion del doctor Peter—Localizacion primitiva del cólera en el aparato gastro-intestinal (Bouillaud, Niemeyer, Jaccoud, etc.)—Discusion de esta teoría—¿Qué género de lesion es la del cólera? De la Flegmásia y del Parasitismo.—Koch y el bacilo *virgula*—Relacion de de este bacilo con la enfermedad—Papel de las ptomainas en la generalizacion.—Opiniones del doctor Cantani—Consideraciones—Conclusion.

Vamos á estudiar esta interesante cuestion del cólera bajo el punto de vista médico, y la emprendemos con tanto mas interés cuanto que á pesar de las numerosas epidemias que de esta enfermedad hemos sufrido, no existe aún en la bibliografía médica argentina estudio alguno de importancia que pueda ilustrarnos, ni mucho menos servirnos de tipo para el análisis en que vamos á entrar.

Se nota á este respecto un vacío tan inmenso, que se

estiende no solo al dominio de las enfermedades exóticas, sino aún hasta aquellas que legítimamente deben formar nuestra medicina nacional, que cualquiera que deseara orientarse en tal sentido, se encontraría perdido por la ausencia completa de materiales que pudieran servirle de puntos de apoyo ó de reparo: nada hay, y salvo uno que otro folleto escrito bajo la impresion de la epidemia reinante, en que se describen con gran ampliacion teorías mas ó menos desprovistas de fundamento ó antiguamente aceptables, todo lo demas, sintomatología, clínica, estadística, tratamiento, etc., etc., si aparece en ellos, es como un asunto de segundo órden y siempre careciendo del apoyo numérico y de la observacion que debe darle solidez y tono; siendo en suma, reproducciones incompletas de los autores clásicos de Europa.

Los centenares de médicos que han salido de la Escuela de Buenos Aires, no han producido desde antes del conocimiento práctico del cólera, ni aún despues, estudio alguno que merezca el valor de ser mencionado, pues consultando las tésis presentadas á la Facultad de Medicina desde que ésta existe, único archivo de todos los escritos médicos de nuestro país, con muy raras escepciones, no hallamos tampoco trabajo de importancia á este propósito.

Sin embargo, y como un recuerdo, citaremos la tésis del doctor don Pablo M. Santillan (El Cólera) presentada en 1856, cuando esta enfermedad, reinando en el Brasil y en la República Oriental del Uruguay, hacia temer su importacion hasta nosotros. Ese trabajo que consta de 39 páginas, estudia esta cuestion teóricamente, emitiendo todas las opiniones corrientes entonces en la ciencia.

Dos años despues, en 1858, el doctor don Angel Roncagliolo, de la Universidad de Génova, presentaba tambien, para graduarse de doctor en nuestra facultad, una tésis sobre este mismo tema, en la cual el autor que habia

asistido á epidemias coléricas en Liguria (Italia 1854-1855) no se detiene en cuestiones prácticas y trata el asunto de un modo general y resumido en las 35 páginas de que consta su trabajo.

No podríamos decir lo mismo del estudio del doctor Segura, cuya tésis sobre esta materia es una de las mas importantes.

Para concluir con los estudios que sobre este tema conocemos, anteriores á la última epidemia (1887), debemos mencionar la tésis del doctor Francisco Canesa (1871) y la del doctor Lucilo del Castillo (Enfermedades reinantes en el Paraguay), quien dedica al cólera un solo capítulo.

La reciente epidemia no ha logrado ilustrarnos tanto como lo haria suponer el número de trabajos que han sido su consecuencia. No obstante, citaremos la tésis del doctor Diego Garcia (1), la del doctor don Jósé R. Avila (2), la del doctor don Luis Acuña y sobre todas ellas la del doctor don Cárlos G. Malbran sobre «La Patogénia del Cólera» que resume los estudios bacteriológicos hechos en el Laboratorio de la Asistencia Pública, etc.

Como podrá apreciarse por esta breve reseña, muy poco hasta el presente se ha hecho que acredite las enseñanzas prácticas dejadas por las epidemias que hemos experimentado, y ante este vacío inesplicable, estimaríamos cometer una falta, si no procurásemos, alguna vez siquiera, emprender el ensayo de este estudio, haciendo conocer cuando menos el resultado de nuestra observacion en esta enfermedad que tantas vidas y sacrificios tantos cuesta; no con el ánimo de sorprender con novedades que no poseemos, sino simplemente para dejar constancia de lo

---

(1) El Cólera; estudio preparado sobre las observaciones recojidas en Tucuman en la última epidemia. Tésis, 1887.

(2) Historia del Cólera en la Provincia de Tucuman, Tésis 1887.

que hemos visto, de lo que hemos observado y hecho como médicos, aunque bien pudiera suceder que nuestras vistas hayan sido limitadas y nuestra observacion imperfecta.

Pero es que nosotros creemos mas, creemos que para todo aquel que se ha hallado en nuestro caso, al frente de un establecimiento destinado esclusivamente á atender en cualquier época á los coléricos y en general á todos los que han podido asistir en regular escala á enfermos de esta especie, es un deber que por ese solo hecho se impone, el informar á los demás sobre las particularidades que haya observado, sobre las modalidades mórbidas variables que haya visto, la marcha seguida, el resultado de los tratamientos ensayados, la terminacion, etc., etc.

La clínica de las enfermedades epidémicas es siempre ilustrativa: enseña de una manera mas penetrante los diversos incidentes de la evolucion mórbida ante la cual se debaten de un modo diferente los diversos individuos; se separa de la exactitud casi matemática que la patología asigna á estas enfermedades; analiza en vez de sintetizar hechos y fenómenos que para facilidad y comprension se modifican siempre en dicha ciencia de artificio; permite, por último, asistir á los modos diferentes que el mal afecta y á los cambios que esperimenta bajo la accion de los mas variados tratamientos; terminando, al fin, por autorizarnos á cada uno á hacer nuestra patología y nuestra síntesis propia, que es mas ventajosa y útil que aquella que nos esponen tantos tratados y textos, calcados muchas veces sobre otros textos y tratados.

Otro argumento esclusivo: las epidemias son accidentes mórbidos transitorios que aparecen ordinariamente con intérvalos de tiempo mas ó menos largos, concluyendo á veces por extinguirse por completo. En el primer caso el estudio clínico suministra los elementos de apoyo y de confirmacion á nuevos estudios con los cuales pueden asimilarse ó distanciarse de una manera clara, dando

de paso suficientes fundamentos para estimar el grado de actividad de la infeccion, la desigual disposicion ó inmunidad de los individuos, las diversas formas sintomáticas que afecta en su principio, en su estado, en su período de reparacion, etc. En el segundo, estos estudios sirven como un archivo precioso para la historia de esta rama de los conocimientos médicos llamada Epidemiología, donde debemos siempre buscar la principal base de nuestro criterio. ¿Qué sabríamos hoy de la Peste Negra sin tales investigaciones? ¿Qué de la Peste de Atenas y de la Peste Antonina y con qué título podríamos asimilarlas á la viruela ó á otra enfermedad cualquiera, sin los escritos de Tucídides y de Galeno? ¿Qué, en fin, de la Lepra?

La clínica de las enfermedades infecciosas se impone mas que nunca hoy que estamos en camino de conocer la causa inmediata que las produce, y en lo que toca al cólera en especial, cuya incógnita parece para siempre despejada; y esta necesidad crece de punto, precisamente porque apesar de tan provechosos conocimientos, aun ignoramos el proceso íntimo que concurre á determinar los síntomas generales y que preside á su encadenamiento, sin saber todavia dónde es que debemos hallar la indicacion esencial en este mecanismo mórbido intenso que evoluciona rápido, atacando tan profundamente el organismo.

Es la observacion la que nos enseñará tal vez un dia las formas similares y si ellas son esplicables por el mismo grado de intoxicacion, traducidas por los mismos síntomas en individuos de condiciones orgánicas semejantes y recíprocamente en los casos diversos, contribuyendo así á iluminar estas suposiciones y concurrir en union de la esperimentacion ó por sí sola, á descubrirnos el remedio que hace setenta años los sabios vanamente investigan.

La acción terapéutica de las mas variadas sustancias

empleadas contra esta enfermedad, no podrá nunca ser admitida con el derecho que la ciencia exije, sinó prévia observación de los enfermos sometidos á esas condiciones. ¿No ha sucedido lo mismo con la rábia? Que la accion del virus atenuado era efectiva en los animales, no podia dudarse; pero era menester aplicarlo al hombre y estudiarlo clínicamente para poder apreciar en su justo valor toda la importancia de este sorprendente descubrimiento. Porque es precisamente de esta manera como hemos llegado á saber por ahora que la rábia no se cura, sinó que se previene por sustitucion lentamente progresiva en la escala de la actividad virulenta, y esto no en todos los casos, porque aún ignoramos algunos conocimientos que la esperimentacion y la observacion clínica solas, nos podrán dar alguna vez.

Aparte de todas estas consideraciones, era conveniente saber si el cólera oriundo del Asia y transportado á América despues de pasajes sucesivos al través de los millares de individuos que unos tras otros han reproducido sus gérmenes, procedia de un modo idéntico en sus determinaciones mórbidas, tan activas y conocidas en los lugares de endémia, ó si, por el contrario, las epidemias nacidas á tanta distancia y bajo un clima diferente, esperimentaban algun cambio en la intensidad de los síntomas, en su duracion, en su gravedad, etc., etc., lo que únicamente podia ser iluminado por la observacion.

El cólera asiático cuya sinonimia es algo vasta, ha sido objeto de muchísimos estudios en todos los países que ha visitado, los cuales cuentan á este respecto una bibliografia bien provista y agotada ya, puede decirse, en todos aquellos puntos que no se refieren á su naturaleza, al mecanismo de su patogénia y tratamiento. Estos términos, los más esenciales quizá bajo el punto de vista médico y de la concepcion del proceso patológico, se han ocultado hasta aquí ante las mas prolijas y pacientes investiga-

ciones hechas de mucho tiempo atrás para inquirirlos y penetrarlos en sus misterios.

Sin embargo, la primera cuestion profundizada y estudiada muy de cerca en estos últimos años, con ese ardor frenético que han despertado los grandes descubrimientos hechos en ese mundo de los infinitamente pequeños, vislumbrado antes por Lawenock, Eremberg y tantos otros, parece al fin resuelta con toda la exactitud deseable; quedando aun por confirmarse los otros elementos de este debatido problema, que parecian deber hallar en la solucion del primero, su resolucion tambien.

Pero no ha sido desgraciadamente así, y la fisiología patológica del cólera, lo mismo que su tratamiento, esperan, á pesar de las ilustraciones sobre su causa, el dia que los alumbre y los guíe al través de esa evolucion mórbida estraña que pasa sobre el hombre como un viento fugaz que lo aniquila en breves horas.

Al abordar este estudio, preguntémosnos primeramente, ¿qué es el cólera?

Las definiciones que se han dado responden casi todas ellas á las ideas mas ó menos justas que cada autor se ha formado de esta enfermedad, y en suma, no son otra cosa que descripciones sumarias de la afeccion misma. Es una enfermedad pestilencial originaria de la India, cuyos medios de propagacion son las comunicaciones humanas y cuya espresion fenomenal consiste en evacuaciones profusas por el estómago é intestinos, en la algidez, la cianosis y las alteraciones secundarias de la reaccion, dice el Dr. Laveran. (1)

La influencia localista de las tendencias modernas, se refleja tambien en estas descripciones abreviadas,

---

(1) Diccionario de Dechambre, Tomo XVI—1ª Série—Artículo del cólera.

y así, el Dr. G. Liebermeister en su obra (1) define el cólera como una enfermedad infecciosa causada por un agente específico que obra *directa* y *esclusivamente* sobre el intestino donde determina un *violento catarro de la mucosa con trasudacion acuosa considerable*.

Esta manera de considerar el cólera está de acuerdo con los conocimientos modernos sobre su etiología y patogénia.

Siempre no ha sido así y las teorias espuestas y sostenidas por los autores para esplicarse el encadenamiento mórbido, han variado en límites estensos, en su empeño de hallar el sitio orgánico en que suponian actuaba el veneno generador (vegetal ó animal), cuya existencia no discutian, para de allí establecer su relacion con los síntomas por él determinados.

Algunos pensaban que el agente colerígeno obraba primitivamente sobre el líquido sanguíneo, determinando una accion especial no bien definida (M. Graux), la cual presidia á la produccion de las evacuaciones y demás síntomas, sin esplicar sus lazos de union ni la naturaleza del trastorno primordial supuesto. Esta alteracion consistiria en un cambio isómero de las sustancias coagulables de la saugre que les haria perder su propiedad de hidratacion normal necesaria á la absorcion, lo que esplicaria la ausencia de esta última funcion y la facilidad exosmótica del suero, que esplicarian la diarrea y los vómitos y por consiguiente todos los demás trastornos dependientes de esta hemorragia serosa: modificaciones de la circulacion, perturbaciones urinarias, enfriamiento, cianosis, etc. Ch. Robin que ha sostenido esta teoría, la ha creido suficientemente fundada con haber descubierto en las cámaras de los coléricos una materia albuminoidea

(1) Lecciones de patología interna y de terapéutica de las enfermedades infecciosas.

análoga á la diastasa, que para este autor como para Legros y Goujon seria la causa determinante de este proceso, porque inyectada en los animales habria producido accidentes coléricos.

Pero ¿por qué admitir que esta sustancia de accion tan poderosa procede de la sangre cuando se halla en las deyecciones? Y aun existiendo en la sangre misma, ¿por qué no demostrar primero esta propiedad tan estraña en esperiencias y ver si ella se encuentra aumentada en aquellos enfermos que se dejan hidratar al punto de presentar casos de verdadera auto-hidratacion, como los pleuríticos, ascíticos y en la anasarca? Por otro lado y como lo dice bien Laveran, ¿cuál seria la razon porqué la exósmosis, producto de tan raro fenómeno, se haria sobre la superficie intestinal y no en las demás mucosas ó en el tejido celular?

Otros han supuesto que el veneno obraba primitivamente sobre el corazon, en virtud de las perturbaciones sérias que este órgano suele esperimentar en cierta faz de la enfermedad. Pero no han sido mas felices, pues, el calambre del corazon (Larroque y Laugier) ó la adinamia cardiaca (Magendi), que iniciarian esta enfermedad, son simples accidentes, sobre todo el segundo, que pueden reconocer muchas interpretaciones que el Dr. Besnier ha puesto bien en claro; y sobre todo, que seria empresa magna aquella de relacionar estos estados del órgano central de la circulacion con los demás síntomas mas constantes de esta afeccion.

La localizacion del proceso colérico en el sistema nervioso cerebro-espinal y particularmente en el simpático, ha tenido tambien sus defensores.

Briquet y Mignot (1849), creian que el agente colerígeno actuaba en un principio sobre los centros nerviosos, determinando una verdadera hipostenizacion, mientras que para Chapman (1866) el efecto primero era una hiperemia

de las meninges cerebro-espinales y los síntomas debidos á la hipertermia resultante de la sobreactividad funcional de la médula y de los ganglios del gran simpático.

Esta opinion mixta que permite concebir algunos de los síntomas del cólera, no ha sido aceptada.

Otros mas exclusivistas han creído hallar en el eretismo del gran simpático el instrumento capaz de esplicar por sí solo la sucesion de los fenómenos sintomáticos de esta enfermedad. Y esta teoría, que ha sido contemporánea con la primera aparicion del cólera en Europa, emitida en un principio por Scipion Pinel (que llegó hasta el extremo de proponer el nombre de *trisplania* para esta enfermedad), y luego por Chossat, Auroux, etc., era completamente insostenible, porque sentaba *á priori* una pura hipótesis sobre una incógnita, desde el momento que las funciones del sistema nervioso ganglionar que preside á los actos vegetativos, estaban todavía por conocerse, y cuando todas las investigaciones á que se dieron los médicos de Lóndres, Viena y París, que apoyaran esta interpretacion, quedaron estériles.

Este modo de pensar sobre la fisiología patológica del cólera, habia caído en el olvido, cuando M. Marey, en 1865, mejor preparado y apoyado en hechos fisiológicos bien demostrados, la exhibió de nuevo, elevándola, como dice Laveran, al rango de una verdadera teoría fisiológica del cólera, que fué aceptada por algunos autores y entre otros por Poincaré (1), Trumet de Fontarce (2), etc.

El Dr. Marey compara el cólera á un acceso de fiebre en que el período álgido correspende al escalofrío y la reaccion al período de calor. En ambos casos, dice, el

(1) *Poincaré*—El sistema nervioso periférico bajo el punto de vista normal y patológico—1876.

(2) A. *Trumet de Fontarce*—Patologia clínica del Gran Simpático —1880.

frio es producido por la accion exajerada del gran simpático que produce el estrechamiento de todos los vasos sanguíneos, lo que permite esplicar la disminucion de volúmen de las partes vasculares (hundimiento de los ojos, flacidez de la piel, nariz afilada, etc.), la desaparicion del pulso en la radial, el enfriamiento periférico y el calor interior. La cianosis es el resultado de la contraccion espasmódica de los músculos bronquiales que dificultan la entrada del aire en los pulmones. Al contrario, el relajamiento, la parálisis de los nervios vaso-motores, determinan la reaccion.

Tal es en resúmen la teoría de Marey, que no esplica las evacuaciones albinas, hecho primordial y constante que se vé obligado á considerar en segundo órden y del cual pretende haberse exagerado su importancia; pero Poincaré, que es su sectario, se apresura en su obra á enmendar la falta diciendo, que durante el espásmo es menester que los líquidos refluyan á alguna parte, y naturalmente elige la mas conveniente, la superficie intestinal.

Como se vé, esta manera de concebir el cólera lo aproxima á una verdadera neurosis, pero con lesiones anatómicas constantes sin embargo, situadas en otro sitio que en aquel que en esta suposicion hallaria su orígen.

Aparte de este hecho bien resaltante, otras observaciones fisiológicas se le podrian hacer.

En efecto, segun esta teoría resultaria que el síntoma inicial del cólera sería el enfriamiento, que es en realidad un fenómeno consecutivo é inconstante en los casos benignos, resultaria igualmente en dicho período de eretismo, el aumento de los latidos cardíacos y su paresia luego en el período de reaccion en que, por el contrario, se exajeran, en fin, y como lo dicen muchos observadores, este modo de pensar es tan poco sólido, que el Dr. Grimaud ha podido sin inconveniente sostener una opinion total-

mente opuesta, es decir, la sideracion del gran simpático (1).

En este órden de ideas, otras teorías han sido formuladas como la del Dr. Besnier en su tésis, relativa á la enervacion sucesiva del gran simpático; en el período álgido la enervacion se localizaria hácia las partes internas, de donde la congestion de los intestinos y meninges, y la estension sucesiva de esta enervacion desde las partes profundas á las superficiales, haria pasar la enfermedad al 2º período de reaccion. En fin el Dr. Peter (para quien el veneno originario seria de naturaleza animal), opina que la accion primera se ejerce sobre el plexo solar por intermedio de los nervios de la mucosa intestinal, de donde partiria la influencia refleja hácia la médula y gran simpático.

Todas estas esplicaciones dejan, como se habrá podido apreciar, muchas cuestiones importantes sin resolver, y si bien es posible á favor de ellas comprender el mecanismo en virtud del cual determinados síntomas han de producirse, toda vez que las funciones mórbidas tienen que ejercitarse por los instrumentos que normalmente dirijen su desarrollo, en cambio, ninguna de ellas los liga íntimamente entre sí, como debiera suceder si en realidad dependieran de la influencia llevada por el agente tóxico sobre el sistema nervioso que actuara de un modo esclusivo en su patogénia.

La predominancia de los síntomas gastro-intestinales, la constancia de las lesiones siempre idénticas que este aparato suministra, ha hecho y con razon que desde los pri-

(1) Producida la sideracion del sistema nervioso de la vida orgánica, segun Grimaud, el corazon late débilmente (de donde el frio y la cianosis); la laringe no emite sino sonidos imperfectos; la respiracion se suspende; las funciones digestivas languidecen y hay hiperemia de la mucosa intestinal por parálisis, que debia faltar en caso de excitacion.

mitivos tiempos, se localizara en él la causa principal y tal vez única que interviene para el desarrollo de todos los síntomas del cólera.

Para Broussais el cólera era una gastro-enteritis específica; para Bouilliaud, una irritacion gastro-intestinal; para Gendrin una hipercrinia de los folículos intestinales, etc. Grisolle, Hamernik, Niemeyer, Jaccoud, Netter y muchos autores modernos, hacen desempeñar el principal papel al catarro gastro-intestinal, cuya relacion con el espesamiento de la sangre, que es su consecuencia, así como los síntomas subsiguientes, seria tan íntimo como aquella de la causa con el efecto.

En esta teoría que los hechos y observaciones modernas tienden á comprobar, el agente colérico, sea cualquiera el sitio de su penetracion, lleva su accion primitiva sobre el tubo digestivo y particularmente sobre el intestino delgado, donde determina un proceso mórbido mas ó menos activo, que dá por resultado la descamacion epitelial con infiltracion de las glándulas de Peyer y folículos cerrados, etc. Estas alteraciones se acompañan de una trasudacion copiosa que se elimina con las cámaras y concluye por producir una condensacion notable de la sangre. Esta espoliacion enorme dirije y determina la marcha ulterior del proceso: si es considerable, la circulacion se debilita y se detiene sucesivamente de la periferia al centro (enfriamiento, cianosis, pérdida del pulso, etc.), las secreciones disminuyen ó cesan, la respiracion se interrumpe y se vuelve fatigosa y anhelante, la absorcion está abolida, el volúmen del cuerpo se reduce, todas las funciones, en una palabra, se espresan al grado mínimo y la muerte sobreviene por el aumento creciente de estas perturbaciones que reconocen en el espesamiento de la sangre la causa inmediata de su produccion;—si es mediocre, todos estos fenómenos si se manifiestan, es ordinariamente en su forma mas atenuada.

Los síntomas graves y peligrosos que caracterizan el período álgido del cólera, se asocian pues á un padecimiento agudo del conducto intestinal, con el cual siguen una marcha paralela, comparable á aquella que resulta, relativamente á la importancia pronóstica, en una quemadura de segundo grado mas ó menos estensa (Niemeyer), y los síntomas que hallan en esta condicion primera la causa de su grado y actividad, la reflejan y esteriorizan con una intensidad proporcional. De aquí las diferencias clínicas y la diferencia pronóstica de los grados ó formas bajo las cuales se presenta esta enfermedad.

Es imposible desconocer que este proceso que se anuncia por la espoliacion gastro-intestinal abundante, no altere y ponga en juego los demás sistemas orgánicos que concurren al sostenimiento de la vida, como el sistema nervioso que se compromete desde muy pronto, pero secundariamente siempre. La debilidad de la impulsion cardíaca, el oscurecimiento y hasta la abolicion de sus ruidos, etc., han de provenir de la influencia deprimente ejercida sobre el sistema nervioso de la vida orgánica y con especialidad sobre los nervios del corazon, por toda enfermedad grave y repentina, máxime cuando se localiza en el abdómen, como se vé en la hernia estrangulada, en la perforacion del estómago, del duodeno, etc. (Niemeyer). Y si esto es así, hallamos en ello nuevos argumentos para dejar de lado la creencia antes espuesta, que admite la infeccion primitiva y la accion paralizante ó estimulante de su agente sobre el simpático, principalmente si se tiene en cuenta que las perturbaciones circulatorias por sí mismas serian capaces de esplicar estos estados antagónicos, nacidos en los momentos de una nutricion celular languideciente ó dudosa y cuando todo tiende á probar que la tal infeccion no franquea la mucosa intestinal y su sistema linfático.

La alteracion inicial en el tubo digestivo que, á mi juicio amb ien, puede esplicar uno por uno todos los síntomas

del cólera, ha sido combatida por Magendi, Briquet y Mignot, Griesinger, etc. Se ha dicho en contra de ella que no esplica la cianosis «en los casos de cólera fulminante que se acompañan de muy pocas evacuaciones ó sin evacuaciones (cólera seco?)»; que no esplica en los casos de cólera ordinario los calambres, el enfriamiento de las estremidades, la cianosis que puede preceder á la diarrea. (Laveran).

En primer lugar, para responder a estas objeciones debemos establecer el acuerdo sobre lo que se ha entendido por cólera fulminante, pues si con los autores (Dalmas, Tardieu, Bouillaud) él se refiere al cólera rápido que mata en breves horas y donde los síntomas por muy contemporáneos que parezcan, no pueden escapar al análisis prolijo de su encadenamiento patogénico, que permite establecer casi siempre una subordinacion regular, el hecho de la cianosis se esplica por la perturbacion mas violenta y enérgica llevada de improviso al aparato circulatorio y respiratorio en una época mas temprana. Lo del cólera seco es tiempo ya de colocarlo en su verdadero sitio, porque á medida que las epidemias se repiten, se vá comprobando su poca frecuencia y su coincidencia con un depósito intestinal considerable de productos estravasados detenidos. Decir en estas circunstancias como algunos piensan, que no es posible pretender que la supresion de una cantidad de serosidad susceptible de ser alojada en el intestino, pueda determinar la cianosis, la algidez y la muerte, es ignorar la gran cantidad de líquido que dicho intestino paralizado puede contener; y con los autores nosotros podemos añadir, que en los casos muy escepcionales de cólera llamado seco, el contenido seroso intestinal es enorme. En estas condiciones entonces los síntomas que son su dependencia se originan al mismo título, ya sea que los líquidos derramados se eliminen, ya

sea que se detengan en la cavidad del intestino. El resultado en estas circunstancias nunca puede ser diferente.

Los calambres no son en su última espresion mas que una simple alteracion funcional que pueden tener su orígen en el aparato circulatorio, en el aparato nervioso, en fin en el sistema contractil mismo; por consiguiente, su aparicion temprana ó tardia en el cólera, si bien podria admitir interpretaciones diversas en el primer caso, hecho escepcional, no sucederia lo mismo en el segundo, hecho mas constante, y donde dos de sus elementos etiolójicos siempre están presentes, siendo ellos con esclusion los que actúan para determinarlos.

El enfriamiento de las estremidades creemos que no necesita nuestra ampliacion en este análisis: tan clara y tan sencilla es su concepcion que bastaria recordar á este propósito las oscilaciones térmicas que los simples purgantes determinan, para exonerarnos de esta tarea.

En cuanto á la cianosis precediendo á la diarrea, no la hemos visto jamás, pero su existencia es admisible para aquellos casos en que con una secrecion intestinal copiosa y detenida, las cámaras aparecen retardadas y entonces la interpretacion es la misma.

Por último, la opinion de aquellos (Grainger, Romberg) que consideran al cólera tanto mas grave cuanto que la diarrea es menos abundante, parten á mi entender de un hecho mal ó insuficientemente observado. Juzgar de la cantidad producida por la cantidad eliminada, es un error, y si algunos visos de verdad tiene esta creencia, es solo para aquella época avanzada de la enfermedad, en que la gravedad espresada resulta de la intoxicacion urémica que la suspension de las deyecciones que favorecian la eliminacion de los materiales del desgaste orgánico, la interrumpen; y como el aparato renal en este período está poco menos que anulado por los depósitos que

obstruyen sus tubos, la disminucion de la diarrea dispone á este accidente.

Respecto á la lesion intestinal misma, se le ha negado su carácter inflamatorio y Dalmas (1) y otros muchos aseguran no tratarse en esta enfermedad de una gastro-enteritis, porque ni las lesiones ni los productos de las cámaras que son el hecho de una trasudacion, corresponden á una flegmásia. ¿A qué proceso patológico entónces podria referirse? Niemeyer dice: «*Las modificaciones características* que se encuentran en los cadáveres de los coléricos, cuando ha llegado la muerte en los mas recio del mal, consisten pues en un *estenso catarro, acompañado de una eliminacion de células epiteliales*.... (Tomo IV, pág. 380). Jaccoud por su parte, agrega: «el veneno colérico obra sobre la mucosa gastro-intestinal y manifiesta su accion por fenómenos *irritativos que son la infiltracion hiperplásica de los elementos glandulares adenoideos, etc*... (Tomo III, pág. 406). Liebermeister, nos habla en términos análogos, etc.

Ahora bien, el *catarro* es una lesion propia de las mucosas, los *fenómenos irritativos* son el primer grado de las flegmásias, la infiltracion glandular hiperplásica, en fin, los exudados diftéricos, no pueden corresponder mas que á un proceso inflamatorio, que si aparece desvirtuado, modificado y manifiesto solo en sus carácteres abortados, ha de reconocer una causa especial. Mal podría el cólera caracterizarse de otro modo cuando la persistencia de la vida que concurre á la acentuacion de estas lesiones dura un breve tiempo y cuando entre sus síntomas hay algunos como la diarrea, que arrastra el esterior y á medida que se producen muchos de sus elementos mórbidos. Hay, en efecto, trasudacion, hay tambien desepiteliacion, hay á veces pérdida de tejidos; pero hay igual-

(1) Diccionario en 30 volumenes, art. cólera.

mente neo-formaciones mas ó menos durables, que apareciendo contemporáneamente y á grados diversos con la enfermedad, no pueden ser referidas sino á una flegmásia específica de orígen parasitario.

Esta consideracion nos trasporta al análisis de la teoría moderna del cólera, la que, enseñándonos el verdadero gérmen que lo determina, ilustra con grandes luces tan debatida cuestion.

La idea de que el cólera fuera debido á un micro-organismo, habia asaltado hace ya tiempo á algunos observadores. En 1849, Snow creía que su causa era un veneno específico que pululaba en las cámaras y vómitos de los coléricos, los cuales eran aptos para trasmitir la enfermedad; Budd y Bristol pensaban que dicha causa era un hongo que penetraba por el estómago y se reproducía en el intestino; Boehm (1838) era de esta última opinion, y hasta llegó á describir y figurar estos pequeños seres que se presentaban en las deyecciones de estos enfermos bajo forma circular, ovalar ó prolongada, como bastones, solos ó unidos en cadenas.

Pacini (1854), Hallíer (1867), Klob, Hayen, etc., describieron los gérmenes que hallaron con mas ó menos constancia en los productos de los enfermos. Por último, M. Foukes ha revindicado ante la Sociedad Real de Microscopía, para Brittau y Swayne, el honor de haber descrito, hacen 38 años, un microbio idéntico al de Koch, hallado por ellos en las cámaras de los coléricos, y este bacilo, que se encuentra estudiado en el *Provincial Med. Journal* de 1849, se asemeja absolutamente al de Koch, segun lo asevera Roux F. (1).

Como se vé, la creencia sobre la naturaleza animada de esta enfermedad, existía casi desde el principio de las

---

(1) *Traité Pratique des Maladies des pays chaudes* (Maladies infectieuses) 1886.

primeras epidemias que asolaron la Europa; pero, á pesar de esto, es innegable que todo el mérito corresponde al doctor R. Koch, que es el único y exclusivo autor de tan precioso descubrimiento, que ha establecido sobre bases sólidas, demostrando primero su existencia y su constancia, y luego independizándolo de todos los otros gérmenes con los cuales pudiera confundirse y aun de aquellos que se presentan con su misma forma, enseñándonos con tal motivo el valor de los cultivos que se imponen por su precision y que hoy es imposible prescindir de ellos en este género de estudios.

El bacilo *vírgula* como elemento determinante del cólera, en cuya formacion obra esclusivamente, parece un hecho resuelto ya, pues ha resistido á todas las objeciones que á su alrededor se han levantado y que no han servido sino para afirmarla y generalizarla mas en la opinion. Y la única objecion que á los ojos de los incrédulos se presentaba como un argumento sin réplica, la inoculabilidad, es decir, la reproduccion artificial de la enfermedad en los animales, ha sido tambien perfecta y completamente contestada. El cólera es trasmisible y los esperimentos de Nicati y Rietsch en los animales han evidenciado que esta trasmision se puede efectuar en los conejos de Indias, perros y aun en otros animales, inyectando cultivos de este bacilo en el estómago, intestinos, etc. Y estas esperiencias, que ha repetido el doctor Koch con éxito y que ántes en la India no le habian dado resultado por las condiciones en que operaba, son la prueba mas patente y demostrativa que pueda exijirse de toda enfermedad parasitária, para ser admitida como tal.

Ahora bien, siendo esto cierto, como la mayoría de los médicos hoy no trepidan en admitir, ¿qué lazo de union existe entre este bacilo y la enfermedad?

Ya no se puede decir que el proceso colérico favorece el desarrollo de estos bacilos que prexistiria en el estado

normal ó que son el producto de modificaciones morfológicas de otros bactérios que se verificarían á su influencia, sino que dicho organismo crea la enfermedad y él mismo la constituye por su desarrollo ulterior, lo que entiende significar, que entre el bacilo y los síntomas hay una relacion completa de causa á efecto.

Y para el doctor Koch el ataque colérico se formaría así: cuando este bacilo ha logrado penetrar en el intestino de un individuo, se desarrolla y multiplica con rapidez, cuando esta multiplicacion es suficiente para irritar la mucosa, aparece la diarrea; si la pululacion sigue en aumento, entonces la lesion intestinal alcanza á su máximum, y los síntomas generales estallan. «La sintomatología completa del ataque caracterizado del cólera morbo asiático, que se considera habitualmente como resultado de la pérdida de líquido y del espesamiento de la sangre, no es, segun mi opinion, mas que el resultado absoluto y esencial de una intoxicacion» (1). Y es para afirmar esta manera de ver que el doctor Koch se vé llevado á admitir que los bactérios dan nacimiento por su desarrollo y crecimiento á productos de diversas especies pero tóxicos, que reabsorbidos esplicarían la infeccion general. En este órden de ideas, Pouchet, Nicati y Rietsch habrían obtenido, el primero por procedimientos químicos, los segundos por esperiencias en los animales, inyectándoles orina, sangre, soluciones de cultivos perfectamente filtrados, en fin, con las ptomainas extraídas de los órganos de los coléricos, síntomas análogos á los de los enfermos, los cuales, siendo proporcionales á la dósis, deben, en su concepto, ser referidos á una verdadera intoxicacion.

Por otra parte, el doctor Cantani piensa que la toxicidad, la ptomaina, etc., que preside á la generalizacion del

(1) Koch—Conferencia del 26 de Julio de 1884 ante el Consejo Imperial de Sanidad de Berlin.

cólera, depende de los productos del bacilo y de las alteraciones á que éste dá lugar en los líquidos y tejidos intestinales, pero principalmente del bacilo *vírgula* mismo que sería venenoso al mismo título que otros hongos y otros microbios, el cual no actuaría, sin embargo, sobre el hombre con tan activa propiedad, sino cuando fuera absorbido al estado de *cadáver* y ya casi desechos.

Respecto de esta última interpretacion existen algunos esperimentos que tienden á confirmarla en parte, como son aquellos debidos á De Simone hechas en Palermo primero y luego repetidos en el Laboratorio Clínico del Dr. Cantani. Así, un cultivo de bacilo hecho en caldo por espacio de tres dias, á una temperatura de 38°, luego esterilizado elevando su temperatura á 100° con el fin de destruir su actividad vital, fué inyectado en la cantidad de 60 y 70 centímetros cúbicos en la cavidad peritoneal de 2 perros, al mismo tiempo que como contraprueba se inyectaba en otro perro una cantidad igual de caldo simple tambien perfectamente esterilizado, observándose en los primeros, síntomas pronunciados análogos á los del cólera, mientras que el último permaneció indemne. Estos hechos han llevado al Dr. Cantani á concluir «*che quanto piú bacilli morti vengono nell'unitá del tempo assorbiti dall'amalato, tanto piú diventa grave il cholera, é quanto piú bacilli vivi vengono eliminati, tanto piú leggera resta la malatia.*» (1)

Es posible que estas sutilezas de análisis en las cuales la bacteriología, la química y la esperimentacion están empeñadas, lleguen algun dia á penetrar la esencia de estas cosas. Antes buscábamos pacientemente el gérmen y hoy que está ya evidenciado, no es bastante. ¿Qué es lo que se quiere entónces?

---

(1) *Giornale Internazionale delle Scienze Mediche*—Año VIII—Fasc. IV, pág. 685. 1886.

La invasion parasitaria parace perfectamente localizada desde el momento que no se ha hallado el bacilo fuera del intestino. Con esto hemos profundizado hasta donde era dable la naturaleza del proceso intestinal, que se acompaña de una exósmosis enorme que contribuye en gran parte sino esclusivamente al estallido del complexo sintomático general que lo caracteriza y que satisface, sobre todo cuando se recuerda que otra enfermedad clínicamente análoga, es bien esplicable sin tales interpretaciones. Entre el cólera asiático típico y el cólera nostras típico tambien, no hay diferencia clínica, y si en el uno basta para comprender todo su bagaje sintomático la gran espoliacion intestinal y el espesamiento de la sangre, ¿por qué no ha de bastar en el otro? ¿Por qué se ha hallado el microbio?

De todas maneras, creo que en ausencia de esa causa y de sus productos, las ptomainas que quisiera verlas bien aisladas primero y aun así, que se desarrollarian en las peores condiciones imaginables, como son las corrientes exosmóticas contínuas que lo arrastran todo y que deberian ser absorbidas precisamente cuando esta funcion es problemática, el cólera puede ser comprendido. No ha de ser solo cuestion de infeccion mas ó menos sutil, mas ó menos activa. ha de haber aquí y bueno es no olvidarlo, cuestion de individuos, de resistencias, de propiedades orgánicas, etc., que se resienten y revelan los ataques sufridos por la hemorrágia serosa, proporcionalmente al grado de estas resistencias y particularidades.

Estas largas consideraciones nos traen á esta conclusion: la teoría parasitária del cólera ilumina su patogénia y permite comprender muchos hechos que antes permanecian en la sombra ó en el dominio de la hipótesis; nos abre el camino de su verdadera etiología y nos esplica la trasmision y el contagio.

Solo una duda queda para los espíritus que aspiran á

resolverlo todo, es el mecanismo de la generalizacion del mal con una invasion parasitaria localizada; pero el tiempo se encargará de disiparla.

Terminando, pues, el cólera es una enfermedad parasitaria localizada en el intestino, cuyos síntomas generales son proporcionales al grado de esta invasion, á la intensidad de la espoliacion y á la suceptibilidad individual.

CAPÍTULO II

De la etiología

SUMARIO—Condiciones requeridas por las enfermedades infecciosas — Causas predisponentes — Consideraciones á este respecto—Influencia de la edad; su distribucion diferente — Cuadro estadístico — Preponderancia de la edad adulta—Diferencias del estado endémico ó epidémico á este propósito—Conclusiones—Influencia del sexo—Análisis comparativo entre el sexo y la edad—Cuadro estadístico—Influencia de la profesion—Estudios del doctor Burq—¿Cómo pueden esplicarse los hechos del doctor Burq?—Cuadro estadístico — Consideraciones—Disposicion de los médicos y enfermeros—Inmunidad y aclimatamiento—Influencia de la nacionalidad y de las razas—Consideraciones pertinentes — Cuadro estadístico—Relacion proporcional de las diversas nacionalidades—Influencia de la constitucion, etc.; del alcoholismo; de las enfermedades crónicas del aparato digestivo, etc.—Conclusiones.

El estudio de la etiología de las enfermedades infecciosas, debe comprender tres puntos esenciales: 1° el estudio de los gérmenes patógenos; 2° el estudio de las condiciones del suelo que permiten el desarrollo de estos y su propagacion á los individuos; 3° en fin, el estudio de los individuos mismos con el objeto de conocer las condiciones orgánicas normales ó patológicas que disponen mas fácilmente á contraerlas, etc.

Los dos primeros puntos se refieren mas bien á la higiene, y serán estudiados en la obra complementaria de la

presente, sobre la Historia y la Estadística del cólera en la Argentina; el tercero es mas de competencia del médico y del clínico, por cuanto lo induce á analizar las causas predisponentes que aseguran y facilitan el éxito del contágio haciéndolo efectivo ó por el contrario, mostrándole los elementos individuales de que el organismo dispone para resistir á sus ataques.

Las causas predisponentes del cólera son numerosas y variadas y no es estraño que se presenten al grado máximo en cualquiera poblacion por reducida que sea.

Ellas no solo dependen de las condiciones individuales de las personas como son las relativas á la edad, al sexo, al temperamento, etc., sino que tambien encuentran su oportunidad en medio de otras circunstancias que podríamos llamar accidentales y estrínsecas, como son las dependientes del género de vida que lleven, el grado de civilizacion en que se hallen, las profesiones ú ocupaciones á que se dediquen y por último, segun las enfermedades anteriores de que padezcan.

Todos estos elementos aislados ó reunidos pueden intervenir para hacer mas fácil y frecuente la infeccion en una localidad contaminada y esplicar al mismo tiempo la razon de esas aparentes inmunidades y diferencias que se observan en los individuos colocados hasta cierto punto bajo las mismas influencias.

En efecto, para que una enfermedad infecciosa como el cólera se trasmita, no basta solo que el gérmen que lo determina se halle presente, es necesario tambien que el organismo se preste á favorecer su desarrollo ulterior hasta llegar á la categoría de constituirse como un padecimiento real. Es de allí que nacen las diferencias no solo respecto á la frecuencia de la enfermedad, sino aun del grado con que ella se manifiesta en las diversas personas que ataca, lo que ciertamente implica la intensidad que el

mal revestirá, y por lo tanto, las mayores ó menores probabilidades de curacion.

La resistencia orgánica, la lucha entre el individuo y el gérmen mórbido que lo ha invadido se establece siempre, y el resultado objetivamente apreciable en los síntomas, en la marcha y en la terminacion de la enfermedad, es muchas veces influenciada por un conjunto de circunstancias que si bien no alcanzamos completamente, es imposible dejar de interpretarlas, aparte de la dósis del veneno, por las condiciones propias del individuo que se defiende segun sus propiedades orgánicas, su constitucion y las fuerzas reaccionarias de que dispone.

Y así, en efecto, en la práctica se ven sobresalir determinados elementos que cuando suman una regular cantidad, deben ser considerados de algun valor so pena de creerlos el resultado de la casualidad, principalmente cuando no se analizan las razones cercanas que pueden influir para que tales coincidencias se verifiquen.

La edad, por ejemplo, no parecería desempeñar ningun papel importante en esta etiología, y sin embargo, lo juega.

Reuniendo mis observaciones de los casos recibidos como enfermos en la Casa de Aislamiento y los fallecidos en el público y enviados á ese Establecimiento para efectuar su cremacion, llego á la cifra de 1220 coléricos, cuyas edades van desde algunos meses hasta 80 y más años y entre los cuales los casos se reparten con una desigualdad notable.

Los niños de pecho, aquellos comprendidos entre algunos dias y un año, representan la menor cifra, pues en todos suman 5 individuos. De 1 á 5 años la cifra es mayor y alcanza á 45. La edad de 6 á 10 años llega á 47. De modo pues, que la aptitud ó predisposicion para adquirir el có-

lera, puede decirse que aumenta con la edad y que casi escepcional en los niños de pecho, debido seguramente al género de alimentacion casi esclusiva á que están sometidos, esta especie de inmunidad se pierde con los años, hasta llegar á la edad de 20 años, desde donde comienza á crecer notablemente hasta los 40 años, para bajar luego en la misma proporcion en que se muestra el ascenso desde la primera edad.

En nuestros casos la edad comprendida entre 21 y 25 años alcanzó á la cifra de 157 y á 242 la que oscila entre 26 y 30 años; este período de la vida del hombre es el que en absoluto ha suministrado el mayor número de casos. Despues de 30 años y entre 31 y 35, disminuye hasta 136 y á 120, de 36 á 40 años.

Estudiando proporcionalmente la frecuencia en las diversas edades, llegamos á esta relacion que nos permite apreciar más fácilmente la influencia de la edad :

De 1 á 10	años	7.54 %
» 11 á 20	»	9.83 »
» 21 á 25	»	12.87 »
» 26 á 30	»	19.83 »
» 31 á 35	»	11.14 »
» 36 á 40	»	9.83 »
» 41 á 45	»	6.47 »
» 46 á 55	»	10.32 »
» 56 á 80	»	5.73 »

De modo que las diversas edades desde un año á 80, se muestran en la escala de la frecuencia con que son preferidas por el cólera, formando una curva que va sensiblemente ascendiendo hasta llegar al período de 26 á 30 años, en que presenta su mayor elevacion, para descender luego casi en una proporcion paralela hasta la mayor edad, ofreciendo en esta segunda mitad menos uniformidad que en la primera. Pero en general, si los extremos de la curva

se separan algo, en cambio, los períodos intermediarios son mas regulares.

¿Cuáles son las causas de estas desigualdades?

En primer lugar, sería necesario saber qué relacion guardan las diversas edades en nuestra poblacion, dato que el censo nos podrá proporcionar, pues de allí resultarían elementos dignos de ser tenidos en consideracion.

En segundo lugar, y sin el conocimiento anterior (el censo de esta capital, levantado en Setiembre de 1887, aun no ha sido publicado), puede asegurarse que las personas entre 20 y 30 años, son por lo general aquellas que juegan el papel mas activo en todas las sociedades, pues son ellas las que se dedican á las industrias y trabajos en las ciudades, particularmente aquellos que exijen la fuerza, la salud y el vigor que predomina precisamente en ese período de la vida.

En estas condiciones, se comprende que se hallen mas expuestos á las influencias exteriores y á la accion etiológica no solo del cólera, sino en general á la de las demás enfermedades infecciosas comunes á la especie humana y que no son hasta cierto punto selectivas de determinadas edades, como la diftéria, la coqueluche, el sarampion, etc. En la viruela, la fiebre tifoidea, la fiebre amarilla misma, los adultos y particularmente los comprendidos en el período indicado, son los que figuran en mayor número en los cuadros estadísticos de los enfermos y en las tablas de mortalidad.

En la vejez y en los períodos intermediarios entre ésta y la edad de 30 años, no sucede lo mismo. Las ocupaciones á que se entregan son mas reposadas, menos expuestas á la inclemencia del tiempo, etc., y por lo tanto, menos aptas á prestarse por estas circunstancias á la infeccion; esto es aplicable con mayor razon á la ancianidad, que en nuestros

cuadros aparecen en una proporcion todavía mas reducida que la niñez.

Según Briquet y Mignot, la edad que se presenta al máximum entre los atacados por el cólera, es la misma que la observada entre nosotros, es decir, de 20 á 30 años, pero con la diferencia que aquí prepondera la última mitad de este decénio como lo enseña el cuadro. Sin embargo en la epidemia de París en 1884, la edad preponderante fué la comprendida entre 31 y 40 años.

Veamos ahora si en la mortalidad producida por el cólera en la ciudad, se reflejan diferencias comparables como son de suponer en una enfermedad tan grave.

Hé aquí el cuadro elaborado por la Oficina Municipal de Estadística :

Mortalidad colérica en Buenos Aires

De 1 mes á 1 año	27
» 2 años á 10 »	128
» 11 » á 20 »	99
» 21 » á 25 »	119
» 26 » a 30 »	185
» 31 » á 35 »	102
» 36 » á 40 »	115
» 41 » á 45 »	77
» 46 » á 60 »	146
» 61 » á 80 » etc.	49
Sin especificar	106
Total	1163

Se vé por esto que la edad antedicha representa en absoluto la cifra mas alta y que la relacion entre ellas es sensiblemente la misma que la anterior, aunque con alguna diferencia en determinados períodos, que puede concebirse bien principalmente si se recuerda que el 1er cuadro se refiere á un hospital y el 2º á la ciudad entera; y además, que el período de la niñez y los ancianos que

son los únicos que se muestran algo distanciados en estos cuadros, por razones que se conocen, no concurren con la misma frecuencia á los hospitales que las personas comprendidas en los otros períodos de la vida.

Resumiendo pues estas observaciones llegamos á esta conclusion: el cólera ha atacado á las personas en cantidad diversa segun las edades, siendo el período estendido desde 26 á 30 años aquel que en absoluto ha superado á los demás, y esto no solo en la morbilidad sinó tambien en la mortalidad.

Se ha dicho que estas diferencias son variables segun se trate del cólera epidémico ó del cólera endémico. Es posible que en aquellos lugares en que reside perpetuamente la causa que lo determina, se marquen de un modo mas pronunciado las disposiciones inherentes á la edad; pero es que aquí, bueno es no olvidarlo, son los estranjeros relativamente al sitio de la endémia y los individuos procedentes del interior del país, los que mas se contaminan, y que no todas las edades de la vida se prestan por igual para tales emigraciones que los aproxima al foco, razon de mas para que los resultados sean en este sentido mas precisos.

Sucede al contrario en el cólera epidémico, sobre todo si es el efecto de la importacion en que puede no economizar ninguna edad; esa es la regla, pero es una regla tambien y los hechos la han demostrado entre nosotros, que determinados períodos de la vida deben figurar á título de una de sus causas predisponentes.

En la misma categoría hay que hacer figurar al sexo. Así, es comun en la mayoría de las epidemias, el predominio de los varones entre sus atacados y entre sus muertos. Lo mismo pasa en los lugares de endémia.

En un cuadro estadístico hecho á este respecto y en que se consideran 28 pueblos y otros territorios de la India.

se vé que sobre 52 de estas agrupaciones, 37 veces preponderan las del sexo masculino y solo en 15 los del sexo opuesto.

Entre nosotros sucede algo de análogo; los hombres segun los cuadros de la Casa de Aislamiento sobresalen con exceso relativamente á las mujeres, que apenas entran en la proporcion de 38 °/₀ sobre el total de los enfermos (918) recibidos; y en la mortalidad, por el contrario, (segun las planillas de la oficina de Estadística), se establece el equilibrio: las mujeres muertas de cólera alcanzan justamente á dar 50 °/₀.

Esta diferencia que mal interpretada haría suponer una mortalidad relativamente mayor en el sexo femenino cuando es invadido por el cólera, y que es posible que sea la espresion de la verdad, lo cual veremos mas adelante, depende en este caso de que las mujeres que se transportan á los hospitales, son seguramente menos numerosas que los hombres; fuera de que los cálculos referidos provienen, como se ha dicho, de fuentes diferentes.

Hay otro hecho que es necesario hacer resaltar en este estudio y que se presta á consideraciones útiles bajo el punto de vista etiológico: es aquel que resulta del análisis comparativo del sexo y de la edad.

Así pues, desde los primeros años de la vida y hasta los 15 años mas ó menos, ambos sexos se presentan casi por igual, y si se observan divergencias en provecho del sexo masculino, éstas no son tan grandes como las que se notan en adelante y hasta la edad de 55 años. Desde 56 años hasta 80, se reproduce el fenómeno presentado en la primera edad; ambos sexos tienden de nuevo á aproximarse.

Por consiguiente, en el período activo de la vida, son los

hombres los que figuran en la mas alta escala de los invadidos por el cólera.

El cuadro N° I que contiene todos los datos, inserto en la pájina siguiente, permitirá apreciar mejor estas diferencias numéricas.

Las profesiones tienen tambien su parte en esta etiología, porque es fácil darse cuenta cómo algunas ocupaciones ponen por su naturaleza misma al hombre, en contacto con los gérmenes del cólera ó con los medios que accidentalmente pueden contenerlos, al paso que otras, lo distancian de una manera marcada. Las predisposiciones é inmunidades que de esto resulta, han sido estudiadas lijeramente á favor de la estadística y las conclusiones á que se ha llegado no son para todos las mismas.

Cuadro Nº I

Movimiento de entradas á la Casa de Aislamiento, segun sexo y edad

	ENTRADOS ENFERMOS												TOTAL		*Entrados muertos*		*Enviados á cremar*		TOTAL POR SEXOS		TOTAL GENERAL
	Noviembre		Diciembre		Enero		Febrero		Marzo		Abril y Mayo										
	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	
De 1 á 11 meses.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2	3	2	5
» 1 año á 5.	—	—	7	10	5	6	1	1	—	—	—	—	13	17	1	1	7	6	21	24	45
» 6 » » 10.	—	—	8	2	8	4	—	1	—	1	—	—	16	8	—	—	12	11	28	19	47
» 11 » » 15.	1	5	8	6	8	1	—	1	—	—	—	—	17	13	—	—	6	4	23	17	40
» 16 » » 20.	14	8	20	9	11	5	3	1	—	—	—	—	48	23	—	—	6	3	54	26	80
» 21 » » 25.	19	7	32	7	41	11	10	2	3	—	1	—	106	27	6	—	12	6	124	33	157
» 26 » » 30.	58	16	50	20	44	13	7	—	2	—	1	—	162	49	7	—	15	9	184	58	242
» 31 » » 35.	14	7	32	12	27	5	9	1	2	1	1	—	85	26	3	2	14	6	102	34	136
» 36 » » 40.	14	5	18	12	29	13	3	5	4	—	—	—	68	35	2	2	9	4	79	41	120
» 41 » » 45	11	3	13	5	15	6	4	1	—	—	—	—	43	15	5	—	10	6	58	21	79
» 46 » » 50.	11	3	14	4	16	4	3	2	3	1	—	—	47	14	4	1	8	4	59	19	78
» 51 » » 55.	3	3	10	7	6	—	3	—	2	—	—	—	24	10	2	2	5	5	31	17	48
» 56 » » 60.	6	3	3	—	10	4	—	—	—	—	—	—	19	7	1	—	3	3	23	10	33
» 61 » » 70.	—	—	3	6	7	4	—	—	1	—	—	—	11	10	—	—	8	5	19	15	34
» 71 » » 80.	—	—	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	2	1	3
Sin especificar . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	42	31	42	31	73
TOTAL. . . .	151	69	220	100	227	77	43	15	17	3	3	—	661	255	31	8	160	105	852	368	1220

Desde 1849 el Dr. V. Burq ha sostenido, que todos los oficios que ponen al hombre en relacion con ciertos metales como el cobre en especial, sobre todo cuando las manipulaciones se ejecutan en este cuerpo al estado pulverulento ó de vapor, lo que hace suponer de parte de estos operarios una absorcion diaria de este metal, «gozan generalmente con relacion al cólera, de una inmunidad proporcional al grado de impregnacion cúprica que hayan adquirido *en el momento en que la enfermedad aparece*, y que las escepciones que indudablemento existen, son por lo menos tan raras, como aquellas de personas bien vacunadas que contraen la viruela» (1).

Esta creencia que el Dr. Burq ha hecho estensiva á otras enfermedades igualmente infecciosas como la fiebre tifoidea, la viruela, etc., ha sido admitida por otros médicos como Vernois, Devergie (Informe al Consejo de Higiene de Paris 1869-1876), Pechollier, Trebuchet, etc., y se haya apoyada en la estadística y en observaciones ciertas que es imposible negar.

Se le han hecho, es verdad, algunas objeciones, pero estas no han alcanzado á destruir de un modo completo el gran número de argumentos que Burq ha reunido en su monografía sobre los antisépticos y enfermedades infecciosas (1884).

Si bien es cierto que la manera de concebir la inmunidad tiene hoy que verse modificada, en lo que se relaciona al cólera, por cuanto sus gérmenes se localizan con esclusion en el aparato dijestivo, esto no implica en manera alguna que las suposiciones de Burq, que ignoraba nuestros progresos actuales, pierdan todo su valor.

Si el cobre es un antiséptico, si es susceptible de im-

(1) *Du Cuivre* contre la choléra et le fièvre typhoide por V. Burq Paris 1884.

pedir el desarrollo de los bacilos en los líquidos nutrícios (2 por 100 segun Koch), si los obreros que trabajan este metal al estado de polvo ó de vapor, pueden insensiblemente dejar depositar en las vias superiores del aparato digestivo y respiratorio, porciones más ó ménos grandes de esta sustancia, yo creo que es posible hallar una razon científica que esplique los hechos de Burq, sin ir á buscarlos en la impregnacion lenta y progresiva, que tal vez influya sobre otras enfermedades. De todos modos, los estudios modernos sobre la accion de algunos metales en los líquidos de cultivo, han enseñado hechos análogos de un valor inmenso, que cuando menos concurren á hacer mas aceptable esta propiedad profiláctica que determinadas profesiones pueden dar, sin ir no obstante, al grado á que el citado autor la lleva, comparándola á la obtenida por la vacunacion.

Qué los medios de que se rodea el hombre pueden unas veces garantirlo y otros predisponerlo á contraer determinadas afecciones infecciosas, es un hecho que la observacion ha comprobado suficientemente, sin darse siempre la esplicacion científica deseable. ¿Por qué, por ejemplo, los que manejan el carbon en los lugares donde reina la fiebre amarilla, presentan una disposicion notable para adquirirla? Aún no lo sabemos, pero la observacion es cierta, por mas que el carbon sea un cuerpo desinfectante por sus propiedades absorbentes.

Pero entre nosotros estas apreciaciones no son desgraciadamente aplicables: nuestras profesiones son limitadas y poco fijas; las industrias son poco numerosas y rudimentárias, y salvo aquellas mas premiosas é indispensables, propias del país, no podemos presentar cuadros completos y estensos que revelen gran variedad y que puedan por lo tanto prestarse á deducciones de importancia.

Sin embargo, si de los 918 *enfermos* tratados en la Casa

de Aislamiento, deducimos 278 cuyas ocupaciones se ignora ó carecian de ella, llegamos á la cifra de 638 con profesion conocida, como se detalla en el siguiente:

Cuadro Nº II.

Movimiento de enfermos, segun profesion, sexo y estado

PROFESIONES	SOLTEROS		CASADOS		VIUDOS	
	V.	M.	V.	M.	V.	M.
Mucamos	6	12	1	5	1	3
Jornaleros	122	—	77	1	8	—
Maquinistas	2	—	1	—	—	—
Marineros	19	—	5	—	—	—
Cocineros	12	3	--	8	1	5
Pescadores	1	—	1	—	—	—
Comerciantes	14	—	5	—	—	1
Dependientes	1	—	—	—	—	—
Militares	87	—	17	—	—	—
Vigilantes	12	—	10	—	—	—
Bomberos	3	—	1	—	—	—
Cocheros	11	—	—	—	1	—
Jardineros y agricultores	4	3	7	7	—	—
Carpinteros	6	—	5	—	1	—
Albañiles	12	—	23	—	2	—
Zapateros	6	—	3	2	—	—
Lavanderos	4	4	—	17	—	6
Planchadoras	—	1	—	1	—	1
Farmacéuticos	1	—	—	—	—	—
Menaje	—	5	—	7	—	—
Cigarreros	2	—	1	1	—	—
Pintores	2	—	1	—	—	—
Costureras	—	6	—	8	—	1
Enfermeros	3	—	1	2	—	—
Sacerdotes	1	—	—	—	—	—
Tipógrafos	1	—	1	—	—	—
Horneros	8	—	6	—	—	—
Herreros	3	—	—	—	—	—
Basureros	1	—	—	—	—	—
Porteros	—	—	1	—	—	—
Panaderos	—	—	—	—	1	—
Tapiceros	—	—	1	—	—	—
Pedagogos	—	—	—	—	1	—
Sin especificar	101	76	30	47	4	20
TOTAL	445	110	198	106	20	37

Apesar de sus deficiencias este cuadro nos pone de manifiesto el predominio de ciertas ocupaciones, como los jornaleros, los militares, los albañiles, los lavanderos, etc.

Esta mayor frecuencia tiene en Buenos Aires su esplicacion: el gremio de los jornaleros, por ejemplo, comprende todos aquellos trabajos contratados á jornal y aun otros oficios inferiores que no se atienen á ese requisito; así, por costumbre se engloban en esa designacion peones, empedradores, barrenderos, etc., trabajos todos que colocan al hombre en relacion con el suelo y sus inmundicias, lo que hace fácil la concepcion de la infeccion colérica. Los militares figuran en segunda escala, y para esta epidemia, hallamos su razon de ser en los campamentos poco propios para casos de esta especie, que tuvieron algunos cuerpos como los regimientos 10 y 11 de Caballería y la Artillería, en Maldonado, Chacarita y Palermo, cuyas aguas estuvieron probablemente contaminadas. En fin, los lavanderos, muchos de ellos procedentes de este género de establecimientos todavia rudimentários, como existen muchos en esta ciudad, y en que se lavaban las ropas durante la epidemia sin los cuidados requeridos que aseguraran su prévia desinfeccion, fueron igualmente atacados.

Por último, los marineros aparecen tambien con una regular cifra entre los invadidos por el cólera, y si á nuestro cuadro añadimos 103 que con especificacion de los buques á que pertenecian, encuentro anotados en una comunicacion que debo al Director del Lazareto del Riachuelo, Dr. Seco (1), llegamos á sumar un total de

(1) Procedencia de los enfermos entrados al Lazareto del Riachuelo, segun comunicacion del Dr. Seco al autor:—De la Sub-Prefectura del Riachuelo 4, Isla Maciel 2, Boca 4, barca Mitilena 1,

127 de estos individuos, que proporcionalmente á los enfermos, representan una buena cifra.

Se vé, pues, que los marineros que vivian en el Riachuelo ó en sus inmediaciones, donde la epidemia empezó, figuran con una cifra elevada, y se concibe que así sucediera dadas las condiciones de ese local, que desde un principio sirvió para reforzar el gérmen y lo mantuvo activo hasta el fin.

Sintetizando estos datos, hallamos que los coléricos relativamente á la profesion que desempeñaban, se disponen en el órden siguiente:

Jornaleros	32.60	%
Marinos	17.13	»
Militares	16.30	»
Albañiles	5.79	»
Lavanderos	4.70	»
Vijilantes y bomberos	4.07	»

Este seria el lugar de ocuparnos de la predisposicion especial que se ha atribuido á las personas encargadas de atender á los enfermos, como los médicos, practicantes, hermanas de caridad, enfermeros, etc.

Y en efecto, mucho se ha dicho á este respecto tanto para considerar esta condicion como elemento de inmunidad y vice-versa.

Nosotros pensamos que cualquiera que medite séria-

Muelle Catalinas 1, pailebot Los Andes 1, vapor Apolo 1, fragata Hertanogoa 2, ponton Vanguardia 1, vapor Tésalis 2, fragata Rosita 1, pailebot Federico 1, Chata 1, Rossetti 1, vapor Mercurio 3, ponton Etna 1, N. N. 2, vapor Provence 6, vapor Bremen 1, Rouen 6, Milo 1, Perseo 12, Proveedor 1, La Platense 1, Resguardo 1. barca Tengore 1, pailebot Florence 1, vapor Birmania 2, Lake Champlain 1. Regina 1. Porteña 4. Adria 1, Plata 2, Roma 2, Hidelgarde 1, Caremá 1, barca S. Hale 1, N. N. 27; total 103.

mente sobre este punto, no podrá dejar de inclinarse en el sentido de que si la enfermedad es trasmisible, lo ha de ser con mayores facilidades entre aquellos que están en su inmediato contacto. Y así sucede en realidad, aunque bien podria argüirse, hoy que conocemos los medios é instrumentos que el cólera emplea en su difusion, que son las personas colocadas en estas circunstancias las que con mas éxito pueden evitarlo.

Si entre nosotros y en esta epidemia, el cuerpo médico, con muy raras escepciones, puede decirse que se salvó, no ha sucedido desgraciadamente lo mismo en las anteriores.

Esta especie de inmunidad que el cuerpo médico ha esperimentado, se debe principalmente, como antes decíamos, al conocimiento mas perfecto del sitio en que reside el gérmen que trasmite esta enfermedad, en el conocimiento del gérmen mismo y del aparato orgánico por el cual ordinariamente se efectúa la infeccion, lo que nos dá la clave sobre los medios á oponerle para precaverse convenientemente.

No ha pasado igual cosa con los enfermeros, con los de la Casa de Aislamiento que en cierto período sumaban al rededor de 30. Estos han sufrido las consecuencias de su ignorancia y de su empecinamiento en no cumplir con la exactitud debida, los preceptos que dia á dia se les recomendaba: con las manos sucias, concluyendo recien á veces de dar una friccion, limpiar á un colérico ó mudar las ropas de su cama, se entregaban á comer con la tranquilidad que les daba su ignorancia misma ó la creencia aferrada de que el cólera atacaba solo á aquellos que le temian. Fué probablemente de este modo como se contagiaron 6 de estos infelices, muriendo la mitad.

En cuanto á la inmunidad resultante del aclimatamien-

to y la costumbre, parece solo existir entre los habitantes de los paises de endémia, pues cuando el cólera se espande epidémicamente por importacion en un lugar cualquiera, es mas difícil concebirla y aun observarla.

No puedo creer que el cuerpo médico que accidentalmente atienda los enfermos de una epidemia, como es la regla, fuera de los sitios de endémia, adquiera por ese hecho la inmunidad.

Sin embargo, cuando medito tranquilamente sobre este punto, no puedo menos de sentirme asaltado de grandes dudas. Yo y los dignos compañeros que sirvieron durante toda la epidemia en la Casa de Aislamiento, que practicaban la enteroclísis, que hacian numerosas inyecciones hipodérmicas al cabo del dia, que practicaban las necrópsias, pasando gran parte del dia y de la noche en las salas, en el depósito de cadáveres para su recuento é identificacion antes de la cremacion; nosotros en fin, que hacíamos consistir todas las precauciones en lavarnos las manos todas las veces que las suponíamos contaminadas, en usar una alimentacion conveniente, esterilizando los utensilios y en beber un agua pura, nosotros, digo, apesar de esto esperimentamos todos sin escepcion ninguna, síntomas mas ó menos lijeros, desarreglos intestinales y diarreas inopinadas, al estremo de contarse en algunos casos 8 y 10 cámaras en 2 horas.

¿Estos síntomas serian el anuncio de una infeccion debilitada ó suprimida á tiempo?

No lo podría decir por falta de exámen de dichos productos, pero es un hecho que todo el personal técnico al menos, sufrió de algo como los efectos atenuados de la infeccion colérica. Si esta epidemia se hubiera mantenido por un año, por ejemplo, ¿ese personal habria adquirido inmunidad contra esta enfermedad? Yo estimo que si,

porque es una ley de patología, es una ley de terapéutica, es, en fin, un hecho de toxicología, que cuando los individuos se someten á la accion lenta y continuada de los remedios, de los venenos y de los gérmenes patógenos, por un tiempo aun indeterminado, acaban por conquistar cierta tolerancia fisiológica y cierta inmunidad hablando en el lenguaje epidemiológico. No se pregunte en qué consiste ni porqué mecanismo se produce, pero ello es real para la viruela, para la escarlatina, para la fiebre tifoidea y para el cólera y la fiebre amarilla en la India, el Brasil y las Antillas.

Vamos ahora á estudiar esta cuestion bajo el punto de vista de las nacionalidades á que pertenecian nuestros enfermos, estudio que refiriéndose hasta cierto punto á las razas, no tiene entre nosotros por este lado el mismo valor que en otros países, por cuanto la poblacion de Buenos Aires no presenta á este respecto grandes variedades.

La raza negra se ha mostrado casi siempre en las epidemias (Guadalupe-Senegal etc.) con una predisposicion particular hácia el cólera, marcada principalmente en la mortalidad en que superan de una manera notable. Despues de ésta y por órden de frecuencia, viene la raza amarilla y en el último rango la raza blanca. En la India, en Cochinchina, etc., estas diferencias provenientes de la raza, se acentúan con especialidad, como lo demuestran las estadísticas levantadas al efecto.

Se dice que se ignoran las causas de esta disposicion mórbida diferente que presentan las diversas razas; pero por nuestra parte pensamos que se olvidan elementos indirectos de gran peso, que estimados en su verdadero valer pueden contribuir á esplicarnos estas aptitudes.

A medida que avanzamos vamos comprendiendo con

mas claridad todos estos problemas etiológicos que ha poco se ocultaban todavia tras un denso velo de incertidumbre.

Todas las enfermedades infecciosas en general, la viruela como la fiebre tifoidea, el cólera como la fiebre amarilla, la tuberculosis como el sarampion, la escarlatina, etc., marchan relativamente á los pueblos de un modo proporcional á su grado de progreso y de civilizacion.

El hombre ha logrado desprender sino en todos los casos las causas determinantes de estas enfermedades, al menos ha llegado á conocer las condiciones estrínsecas que las estimulan y favorecen y para algunas, muy limitadas hasta ahora, precisar su ajente inmediato.

Estos elementos que han abierto la vía á una higiene sábia y racional, nos permiten dirijirnos mejor al través de esta cuestion etiológica dependiente de las razas.

Los negros, por ejemplo, que en América ocupan uno de los últimos rangos de la escala social, intelectual, y físicamente hablando, no disponen de medios convenientes para garantirse contra las epidemias: sus oficios, sus hábitos de vida, la miseria en que ordinariamente se ejercita, hacen que no puedan oponer las mismas resistencias con que cuentan las clases mas elevadas, lo que en gran parte de América vale decir la raza; y en la viruela, en la tuberculosis, en la fiebre amarilla, en el cólera, etc., han contribuido muchas veces con un número proporcionalmente mayor.

Si en Buenos Aires no podemos hablar de razas, dado el elemento casi homogéneo que constituye su poblacion, á pesar de ser bien cosmopolita, en cambio, obsérvanse hechos de un órden análogo que hallando su causa fuera de la raza, pero si en el género de vida, de trabajo y de cuidados de que acostumbran á rodearse, tal vez por he-

rencia sus diversas individualidades componentes, hacen comprender la eficacia de estas condiciones accidentales, que indudablemente se han de añadir á la inferioridad de la raza cuando exista, pero que en su ausencia, son suficientes para imprimir á los descendientes de razas mas elevadas, esa predisposicion que por dobles motivos se reunen en los negros principalmente.

Nosotros, podemos decirlo, ya no tenemos negros y sus escasos ejemplares tienden con rapidez á estinguirse; pero tenemos en cambio una afluencia enorme de inmigracion estranjera, que ha venido á ocupar su puesto en la escala de la disposicion mórbida.

Aquí no es cuestion de raza. ¿Será cuestion de nacionalidad? No lo creemos tampoco, porque seria generalizar individualidades que nada prueban y presentar naciones muy adelantadas como la patria de aptitudes mórbidas que en realidad no existen. Es que en esto se destaca con toda claridad la influencia de la educacion y el nivel intelectual que ordinariamente es correlativo al grado de riqueza, que facilita los medios para precaverse de las enfermedades y que enseña el camino para alcanzarlo. Es que aquí se trata de inmigrantes, de gentes cuya mayoria allá en su país no gozan ó les alcanza entre penumbras la luz de la civilizacion; donde vejetan trabajando de sol á sol para vivir solamente, en sus cabañas y establos, y que cuando vienen importan principalmente con el contingente de sus fuerzas, el *instinto* del lucro mas señalado.

No es la *crema* europea la que nos llega en cargamentos, es su resíduo, es algo como la escoria que descendida muy abajo en la capa social, procura á todo costo sublimarse ella tambien, para subir, derramándose con ese fin como una ola sobre nuestro país, que á pesar de todo la recibe y la estimula para engrandecernos y prosperar á su amparo.

Por mas paradójica que esta proposicion parezca, es la espresion de la verdad y el médico tiene que tenerla muy en cuenta en estos problemas de etiología pura.

Los estranjeros que como he dicho en otro libro, se presentan con una relativa inmunidad para contraer la viruela en nuestro país, aparecen en el cólera en grado crecido. ¿Cuál es la razon? Pronto la diremos.

Mas aún, si el elemento nativo é indígena no participara á este respecto de los mismos defectos de que adolecen los inmigrantes, la diferencia en favor de los primeros seria mayor; pero así mismo ella es bien manifiesta.

La poblacion de Buenos Aires es de 435.000 habitantes segun el Censo de Setiembre de 1887; y sus diversos elementos componentes muy variados en cuanto á nacionalidad, que sentimos no conocer en sus cantidades proporcionales.

Resumiendo ahora los coléricos cuya nacionalidad bien exacta conozco en esta epidemia, que son los tratados en el establecimiento confiado á mi cuidado, obtengo el cuadro siguiente:

Nacionalidad de los coléricos

Argentinos	461
Italianos	443
Españoles	106
Franceses	72
Ingleses	42
Alemanes	17
Suizos	14
Rusos	16
Orientales	13
Paraguayos	8
Bolivianos	5
Brasileros	6
Chilenos	4
Otros americanos	6
Otros europeos	7
Total	1220

Segun estos datos se vé que los argentinos representan solo el 37.78 °/₀, del total, perteneciendo el resto, es decir 62.21 °/₀ á los estranjeros.

Lo que hace ver que este último elemento superó de un modo considerable, debido principalmente á los italianos que han intervenido ellos solos en la relacion de 36.31 °/₀, que es sensiblemente igual á la proporcion que á este respecto guardan los nativos. Luego vienen los españoles con 8.68 °/₀, los franceses despues con 5.90 °/₀, etc., etc.

Del mismo modo, el predominio relativo de los italianos se marca aún si los comparamos con el resto de los extranjeros con los cuales guardan esta proporcion, 58.23 °/₀.

Ya hemos expuesto lijeramente las causas de este predominio, que se explica bien en virtud de circunstancias que entre nosotros, son mas peculiares á una gran cantidad de los individuos de esta nacionalidad.

Cuando hablemos del pronóstico se verá hasta dónde llega esta influencia.

En cuanto á lo que se refiere á la constitucion y al temperamento, influyen poco para facilitar la infeccion colérica, y en nuestros casos, todas las modalidades orgánicas, así como el predominio funcional de cualquier sistema, se han presentado sin grandes variaciones.

No ha pasado igual cosa con los hábitos: obran de un modo cierto y bien manifiesto para favorecer el cólera.

En la Capital y en la Provincia de Buenos Aires, en toda la campaña, esta ocasion como otras muchas, nos ha demostrado que los dados al alcohol y á sus abusos, han contraido con una generalidad notable dicha enfermedad. En el Paraguay, en Bahia Blanca cuando las primeras

epidemias de 1867 y 1856, los efectos del alcoholismo como causa predisponente del cólera se mostraron tambien, y no hay médico que no recuerde á este respecto muchos casos.

El alcoholismo y la intemperancia, como todos los desórdenes de régimen, han contribuido siempre por una gran parte al sostenimiento de este género de epidemias; y si antes estos hechos se explicaban de un modo vago, hoy es mas fácil comprender la accion cercana predisponente que tales estados crean, por la modificacion que traen en la composicion de los jugos digestivos, destinados normalmente á neutralizar la toxicidad de los gérmenes patógenos, que se pierde con el abuso del alcohol, en virtud del catarro gástrico que es su compañero inseparable y por las modificaciones transitorias ó contínuas que los desarreglos de régimen acarrean casi siempre en dichos jugos.

El Dr. Koch lo ha demostrado bien, poniendo de manifiesto la propiedad neutralizante del jugo gástrico normal sobre los gérmenes del cólera, por la acidez de sus reacciones, que se aniquila y destruye en estos individuos, y en general, en todos aquellos que padecen del estómago: la dispépsia, el catarro agudo y crónico del estómago y todas las enfermedades que en un momento dado se acompañan de alteraciones mas ó menos pronunciadas de este aparato, deben figurar en esta etiología aunque en grados diversos.

Los estados mórbidos crónicos y sobre todo aquellos que se localizan en el aparato digestivo, tienen á este respecto una importancia capital, principalmente cuando se acentúan ó se marcan de un modo intenso durante una epidemia colérica.

Los alienados, aquellas formas de perturbacion mental que degradan á los individuos y pervierten sus costumbres é instintos, especialmente cuando no son vigilados con

la atencion debida, están expuestos á la infeccion como esta última epidemia lo ha demostrado, sino bastara el hecho general de que en muchos países, se han observado casos análogos al producido en el Manicomio de Hombres de esta capital en casi todas las epidemias de este género; pues, segun Laveran, los alienados mueren comunmente en una proporcion ocho veces superior al resto de la poblacion.

Los leprosos han presentado igualmente una disposicion desgraciada para contraer esta enfermedad, y yo he visto cuatro atacados en los enfermos recibidos en la Casa de Aislamiento, y la lepra, como se sabe, es muy rara en esta capital.

Los sifilíticos tampoco han escapado á su accion y son muchos los que con y sin tratamiento específico han caido á su influencia.

En las enfermedades agudas febriles, sucede otra cosa, y aun cuando yo no pueda hablar mas que de las fiebres eruptivas, es de creerse que los otros padecimientos que colocan al enfermo en condiciones semejantes á estos, ha de observarse un fenómeno análogo.

En efecto, la endemia de viruela que hace tantos años que subsiste en Buenos Aires, no cesó con la venida del cólera, disminuyeron simplemente sus atacados. Igual cosa se debe decir del sarampion que aunque en casos aislados todavía, se mantenia la epidemia empezada en el invierno anterior.

En lo que toca á estos enfermos he notado un hecho que tambien ha sido observado por otros, me refiero á la inmunidad presentada por los variolosos en su período febril para centraer el cólera.

Durante esta epidemia se atendieron conjuntamente en el Lazareto, en pabellones aislados, mas de 60 enfermos

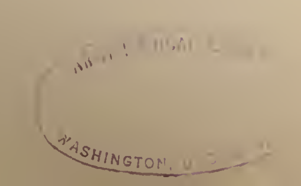
de viruela, y ninguno de ellos contrajo el cólera durante la faz activa de la infeccion variólica, siendo uno solo ya en el período descamativo, el único ejemplo que hizo excepcion á esta regla, contagiándose de la epidemia reinante. Exactamente lo mismo pasó con un caso de sarampion, que adquirió dicha enfermedad en el período de convalecencia.

Estas inmunidades ligadas á determinados procesos mórbidos, ¿serán reales ó solo aparentes y esplicables por el aislamiento natural y la permanencia en la cama impuesta por la misma dolencia que lo aparta así de la nueva influencia etiológica? O será, por el contrario, el efecto de un antagonismo mórbido análogo á algunos otros que la observacion demuestra?

Creemos mas exacta la primera suposicion, que encuentra en parte su comprobacion en el éxito del aislamiento y en el diferente grado de morbosidad que á este respecto presentan ciertas profesiones, etc.; los ejércitos en campaña, los operarios de establecimientos industriales, públicos ó privados en el interior de las ciudades infectadas, los colegios, hospitales, asilos, etc., etc., han probado muchas veces como la secuestracion, aun en el interior de los focos, puede lograr su salvacion por esta sola causa.

Los convalecientes, los enfermos en el período de descamacion de las fiebres exantemáticas, deben levantarse y pueden andar, y entonces, haciéndose más difícil la vigilancia, pueden contraer como las demás personas esta enfermedad, como cualquiera otra.

Concretando, pues, este capítulo, existen cierto número de condiciones individuales que hacen más fácil y favorable la infeccion colérica, y estas condiciones, que se han notado en todas las epidemias, deben figurar como sus causas predisponentes: la edad de 20 á 30 años, determi-



nadas profesiones que obligan un mayor contacto con los lugares en que existen sus gérmenes, el sexo masculino, ciertas nacionalidades actuando indirectamente, en fin, las enfermedades del aparato digestivo, etc., son las principales.

CAPÍTULO III

Formas y períodos del cólera

SUMARIO—Condiciones de nuestro estudio clínico—Necesidad de establecer formas clínicas y condiciones que éstas deben exijir—Discusion á este respecto—El cólera es una entidad mórbida única, con períodos graduales sucesivos—Modalidades clínicas de esta enfermedad, segun el doctor Chomel, Besnier, Levy, etc.—Análisis crítico—Cuáles deben ser las formas clínicas fundamentales del cólera, segun el autor: Primera forma, *cólera abortivo* segunda forma, *cólera comun;* tercera forma, *cólera agudo ó fulminante*—Consideraciones á este respecto—De los períodos en la evolucion colérica—Clasificacion del doctor Bouillaud, Gendrin, etc.—Clasificacion de Briquet y Mignot—Consideraciones que prueban su importancia—Clasificacion del autor: 1er período *(cólera abortivo)*, 2º período *(de crecimiento)*, 3er período *(de estado)*, 4º período *(de reaccion)*—Estudios y consideraciones sobre el límite clínico de tales períodos ó grados del cólera.

Como se habrá podido apreciar, nuestros enfermos han sido numerosos, han pasado de 900 durante toda la epidemia.

Sin embargo, no todos ellos han podido ser estudiados con los detalles deseables, lo que se comprenderá bien si se tiene presente que en muchos, la evolucion del cólera era tan rápida, que apenas si daba tiempo para emplear aquellos remedios indispensables en estos casos apremiantes; y, aparte de esto, que en clínica no todos los enfermos se prestan igualmente á consideraciones de uti-

lidad, sobre todo cuando, como sucede á este propósito, muchas observaciones han quedado truncas y perdidas para una aplicacion general.

De cualquier manera, poseemos no menos de 400 historias clínicas completas, levantados por el personal de la Casa de Aislamiento, que formando un grueso archivo, nos permiten trazar la historia clínica de esta enfermedad en sus principales detalles, que será tanto mas importante, porque los enfermos aparecerán estudiados con relacion á los diversos tratamientos actualmente en uso, y que como se sabe, aún no está hecha la opinion definitiva al respecto.

Pero antes de profundizar su estudio, se hace necesario explicar los términos que nos servirán para especializar los diversos grados de la enfermedad, así como sus variadas expresiones clínicas.

En efecto, muchos autores se han complacido en multiplicar las modalidades clínicas diferentes bajo las cuales puede presentarse esta enfermedad, de tal manera que para comprender y evitar confusiones posibles, se hace indispensable el que precisemos su verdadero valor.

Empecemos pues por preguntarnos qué es una forma clínica y sea cualquiera la interpretacion que se le dé, veamos si el cólera es susceptible de presentar algunas.

Las enfermedades en general pueden en realidad manifestarse en los individuos con espresiones sintomáticas variadas, dependientes del individuo mismo, de la constitucion médica reinante, en fin, con el carácter especial que en esa época la epidemia revista, etc. Porque en último análisis, las entidades mórbidas sintéticas que la patología independiza individualizándolas, corresponden á una suma de fenómenos hasta cierto punto análogos que se observan en los enfermos, cada uno de los cuales se aparta del

tipo ideal por un conjunto de caracteres, que llegan á constituir modos diferentes y especiales impresos al proceso mórbido por el organismo, que se impresiona y reacciona paralelamente á las fuerzas de que dispone; y es de aquí que nacen las modificaciones sintomáticas, que cuando se acentúan, llegan á presentarse con modalidades de observacion clínica distintas.

Unas veces, y este es quizá el caso mas comun, es la preponderancia sintomática originada en una localizacion determinada, cuando la causa es general; otras veces sin localizacion especial, es un síntoma ó grupo de síntomas que dominan en el cuadro clínico; otras es la semejanza con una afeccion determinada; por último, es la marcha insólita, la gravedad ó el aspecto bajo el cual se presenta, la que dirije la denominacion de la espresion mórbida; y aun con esto, no agotamos todavia las eventualidades posibles que han servido á los médicos para establecer las diferentes variedades.

La forma toráxica, cerebral ó abdominal de la fiebre tifoidea, corresponde á la primera especie; la forma nerviosa ó pulmonar del sarampion y escarlatina, ocupan un lugar intermediario; en fin, la forma abortiva, fulminante y perniciosa de algunas enfermedades infecciosas, corresponden á la última variedad.

Pero entre estas tres contingencias caben como hemos dicho tantas otras variedades, que si fuéramos á indicarlas, multiplicaríamos sin provecho este punto de tecnicismo clínico.

La clínica severa, aquella que resulta de la observacion de las enfermedades infecciosas en particular (puesto que sobre ellas debemos especializarnos), donde los tipos mórbidos se individualizan por la constancia fenomenal de sus síntomas, debe exigir á nuestro entender de las

subdivisiones que objetivamente el médico pueda establecer y estudiar durante la evolucion de la enfermedad, cierto grado de fijeza y constancia que lo autorice en cada caso á aislarlas é independizarlas.

Así, en la viruela podría hablarse de forma discreta, confluente y hemorrágica; porque una vez la erupcion terminada en los dos primeros casos y antes en el tercero, el observador ha reunido un conjunto de elementos suficientes, que le permiten sin engaño, clasificar la modalidad clínica de su enfermo, que será en este sentido invariable hasta la terminacion del mal.

No sucede lo mismo con otros tipos clínicos, permutables y variables durante la marcha de la enfermedad; tipos transitorios que ordinariamente responden al predominio de un solo grupo de síntomas, de tal manera que no es estraño observar que la modalidad clínica de ayer cese para convertirse en la forma espresiva de hoy y vice-versa.

Las formas clínicas dependientes de la predominancia sintomática carecen de precision y de fijeza y esponen, si se las adopta, á cambios diarios y frecuentes en la apreciacion de la enfermedad, durante su marcha, y deben ser separadas de aquellas mas constantes y hasta cierto límite independientes, que pueden ser diagnosticadas con la precision deseable.

Hablar de cólera seroso, de cólera mucoso, de cólera asfíxico, es inducir en la creencia de establecer formas diferentes de un mismo proceso, que un solo enfermo recorre casi siempre, sin poder en ningun caso decir *á priori* si el mal se limitará en ésta ó en aquella faz de su evolucion. Estos términos corresponden mas bien á las gradaciones sucesivamente crecientes de la misma entidad mórbida, que puede detenerse en cada uno de

ellos así como franquearlos sin interrupcion alguna, que á formas clínicas distintas; y estas designaciones como la de cólera confirmado, no indican, en suma, mas que las diversas faces de un proceso único, en que si la gravedad es diferente y solo *á posteriori* diagnosticable, en cambio, todas ellas son susceptibles de trasmitir á igual título la enfermedad, en grados de actividad que no encuentran siempre en la fuente inicial, la razon de una forma similar ó paralela. Tal es lo que en realidad pasa con esta enfermedad.

Chomel admitia cinco formas clínicas de cólera: la nerviosa, la inflamatoria, la gastro-intestinal, la cardíaca y pulmonar.

Analizando esta clasificacion se advierte que no responde sino al predominio de determinados síntomas; y ya el sea aparato gastro-intestinal, el nervioso ó circulatorio, etc. el que domine en la escena, seria muy difícil en cualquier caso, aun en el mas simple de dicha enfermedad, aislar estas modalidades que se confunden y se suceden con una cronología marcada, toda vez que entre ellas parece descubrirse una relacion de causalidad bien apreciable. Lo mismo podría decirse de la forma inflamatoria en que los síntomas acusativos de una flegmásia, aparecerían en su mayor desarrollo.

El Dr. Besnier, reduce las formas clínicas del cólera á tres solamente: espasmódica, gastro-intestinal y cardíaca. (1) En la primera sobresaldrían los fenómenos nerviosos (ansiedad, agitacion, contracturas, calambres, etc.); en la segunda los síntomas del aparato gastro-intestinal sin alteraciones respiratorias ni cianosis; en la tercera, las perturbaciones del lado del corazon.

---

(1) Tésis—Paris—1866.

Esta manera de considerar los modos de ser del cólera tiene á mi juicio el mismo inconveniente que antes apuntábamos.

Con efecto, las perturbaciones nerviosas acentuadas como para especializar una forma, son, puede decirse, las manifestaciones avanzadas de la enfermedad, mas bien que el resultado de sus faces iniciales. Si por el hecho del temperamento ó por los hábitos antiguamente contraidos por el enfermo, aparecieran los síntomas aludidos (que no he podido observar en los alcoholistas que me ha sido dado estudiar) ellos son tan escepcionales, que seria defectuoso fundar una modalidad clínica, donde solo existe una espresion sintomática bien rara.

La forma gastro-intestinal tiene mas posibilidades de ser aceptada, puesto que el cólera limitado á sus dos primeras faces, en que las alteraciones del aparato digestivo resumen casi por sí solas todo el aparato sintomático, es de observacion frecuente en las epidemias.

En fin, la forma cardíaca podría ser admitida como modalidad clínica distinta en aquellos casos en que el corazon manifiesta desde temprano sus perturbaciones; pero como esta contingencia es estraña á la marcha ordinaria de la enfermedad en su principio, así como es constante en sus períodos avanzados, no se comprende que se haga de un síntoma que casi nunca falta, bien que él sea de suma importancia, el característico de una forma especial. Si la modalidad cardíaca que rige todo el último período del cólera, debiera ser aceptada como forma clínica diferente, sería la ocasion de presentar al mismo título una forma renal ó urémica, una forma cerebral ó comatosa, etc.

Es mas probable que la forma cardíaca de Besnier, se refiera á cóleras complicados ó acompañados de lesiones cardíacas que no son tan estrañas en esta enfermedad.

En cuanto á las formas ciánica álgida con pulso filiforme y predominio de los síntomas digestivos y la ciánica con predominio de los síntomas nerviosos de M. Lévy, sus propias designaciones están indicando que son simples acentuaciones sintomáticas de uno de los períodos de la enfermedad ; y el hacer en estas circunstancias modalidades clínicas distintas, sería penetrar en sutilezas de observacion, que en este órden se multiplicarían al infinito, sin ofrecer nunca utilidad práctica. (1)

Del *cólera sudoral* de Roux y Bourgeos, no podemos aventurar juicio alguno y segun Laveran sería una manifestacion accidental de la epidemia en las poblaciones rurales. Lo cierto es que su descripcion inserta en el Diccionario de Dechambre, hace recordar mas bien á la infeccion palúdica que á la infeccion colérica. A parte de esta coincidencia mórbida posible que ha sido vista con otros caractéres por los médicos de Tucuman, Salta, etc., en esta última epidemia, es un hecho averiguado que algunos coléricos presentan sudores abundantísimos, generalmente frios y en el período de estado del cólera, pero creemos que no es en esta faz terminal dónde debemos ir á buscar los elementos para establecer formas mórbidas diversas.

En vista de los hechos espuestos y ateniéndonos á nuestra observacion propia, pensamos que es ventajoso para la práctica, el disminuir en lo posible las modalidades de esta enfermedad y limitarlas solo á aquellas bien definidas, por mas que no puedan siempre diagnosticarse con la anticipacion deseable.

(1) El Dr. Maurice Coste en su estudio clínico sobre el cólera en el Hospital del Faro, durante la epidemia de 1885 en Marsella, divide esta enfermedad en cinco variedades : 1º Cólera larvado—2º Cólera benigno—3º Cólera álgido—4º Cólera ciánico—5º Cólera asfíxico.

Planteando de esta manera la cuestion, resulta, que el cólera queda limitado unas veces en un débil grado de desarrollo, es el *cólera abortivo* (cólera mucoso, colerina, etc.) ; que otras veces la perturbacion gastro intestinal que inicia el proceso, avanza en sus estragos y determina *lentamente* un conjunto de síntomas generales, entre los cuales resaltan, la disminucion y aun estincion del pulso, el enfriamiento, la cianosis, la anúria, las perturbaciones nerviosas, etc., es el *cólera comun* de observacion general en todas las epidemias; otras, por el contrario, los síntomas se precipitan unos sobre otros con tal impetuosidad que parecen acortarse las distancias de tiempo necesario ordinariamente para darse cuenta de la filiacion y relacion de dichos síntomas. Esta forma mucho mas rara que las anteriores, constituye el *cólera agudo*l, lamado por otros fulminante.

Estas tres modalidades que responden á hechos clínicos bien adquiridos, son las fundamentales que el cólera presenta y aquellas que nosotros hemos podido observar. Hemos asistido tambien como se concibe á casos estraños, á particularidades sintomáticas curiosas y hasta á la observacion de fenómenos que no hallamos consignados en la historia de las epidemias que hemos consultado, lo cual no es suficiente á nuestro entender, como para autorizarnos á crear formas distintas, por mas que sirvan para caracterizar las rarezas que ciertas epidemias suelen de tarde en tarde presentar.

En este órden de ideas pensamos, pues, que es mas prudente y práctico el permanecer fieles á la clasificacion clínica que resulta del análisis prolijo de todos sus elementos.

Tócanos ahora resolver otro punto igualmente interesante que se refiere á las subdivisiones establecidas en el curso de la enfermedad.

Y así, algunos dividen la evolucion de la infeccion colérica en varios estados, otros en períodos, otros en grados, etc.

Bueno es no olvidar que esta enfermedad está constituida por un conjunto de síntomas de gravedad creciente, que se suceden unos á otros en gran número de casos con una regularidad admirable. Establecer gradaciones en su curso, dividirla en períodos mas ó menos fáciles de apreciar, es una idea que ha ocurrido á casi todos los observadores, y no hay libro de patología ó de clínica que trate esta cuestion, que no presente á su respecto subdivisiones mas ó menos perfectas y aceptables.

En general, cualquiera clasificacion es buena siempre que abarque el conjunto; pero como es sobre ellas que nosotros hemos debido categorizar nuestros casos, hemos querido precisarlas bien y marcar lo mas netamente posible sus límites, para que pueda formarse un juicio exacto del valor de los hechos que vamos á estudiar.

Bouillaud reduce á dos los períodos del cólera: el período álgido y el período de reaccion.

Gendrín los aumenta á cinco: 1° P. de invasion (llamado tambien flemorrágico),—2° P. de estado (llamado ciánico),—3° P. de estincion ó de terminacion funesta (llamado asfíxico)—4° P. de reaccion ó de coccion y 5° P. de terminacion, de las crísis, de las metástasis.

Laveran por su parte admite: 1° un período prodromímico,—2° un período flemorrágico,—3° un período álgido y 4° un período de reaccion.

En mi concepto han sido Briquet y Mignot los que han clasificado mejor la evolucion del cólera, pues, ellos admiten despues de los prodromos: 1° un período de in-

vasion ó de diarrea,—2° un período de crecimiento ó flemorrágico,—3° un período de estado ó álgido,—4° un período de terminacion ó de reaccion.

Y en efecto, cuando se estudia la enfermedad en detalle y sin ánimo preconcebido, se advierte primero que los síntomas que anuncian la invasion colérica, consisten esencialmente en la diarrea mas ó menos copiosa, la que si persiste y se muestra en gran cantidad, se acompaña de perturbaciones generales lijeras, pero que son susceptibles de disminuir las fuerzas, la cantidad de la orina, la impulsion cardíaca, etc. Este período de invasion que es el primer grado de la infeccion, puede formar por sí solo toda la enfermedad, en cuyo caso ésta reviste su modalidad mas leve.

Pero si la diarrea persiste, si el vómito aparece y ambos se repiten con insistencia, las alteraciones dependientes de esta espoliacion enorme se acentúan y pronuncian mas; el enfriamiento es mayor, la cianosis comienza, la anúria puede iniciarse, los calambres aumentan ó se repiten con frecuencia, el pulso mas debilitado aun se vuelve filiforme y amenaza suspenderse en las arterias periféricas, los ojos se hunden mas en las órbitas, en fin, el período asfíxico, álgido, paralítico, etc., es inminente. Esta faz tambien como la anterior, puede constituir la enfermedad completa en un grado de desarrollo mas adelantado.

Con esto termina el segundo período del cólera y el límite clínico que para nuestros casos hemos fijado, está marcado por la suspension del pulso en la radial. Desde este momento en adelante, la enfermedad alcanza á su apogeo y llega á su acmé: es el período de estado en que se dibujan al grado máximum las faces típicas del cólera. Sin pulso, sin ruidos cardíacos, con una respiracion suspirosa y difícil, el enfermo se presenta abatido y comatoso ó por

el contrario, agitado y escitable, pero afónico siempre y con su rostro especial de sufrimiento inmenso, que suele aumentar ese hipo pertinaz que interrumpe el silencio, con esos ojos apagados que se destacan del fondo de las órbitas bordeadas de una zona oscura, con esa piel de batracio, arrugada, húmeda y pegajosa, en fin, con esa ansiedad tremenda que se une á la frialdad de la muerte que sin cesar lo invade á pasos rápidos.

En este período las cámaras disminuyen muchísimo y en gran número de casos cesan por completo; los vómitos mismos, si aparecen, es á largos intérvalos.

Esta faz de estado es mas ó menos durable y cuando los enfermos resisten, se vé manifestarse el cuarto período de *reaccion*, que es variable en sus formas y ordinariamente aunque no siempre, proporcional al ataque primero.

Resumiendo, para nosotros, la evolucion del cólera comprende cuatro grados ó períodos sucesivos; al primero corresponde la diarrea, (*cólera abortivo*, *primer grado*); al segundo la diarrea, los vómitos y los síntomas generales hasta que el pulso empieza á debilitarse (*período de crecimiento*, *segundo grado*); al tercero corresponde todo el complexo sintomático contado á partir desde el momento que la radial cesa de latir y dura hasta que la temperatura se eleva y aparecen los demás síntomas reactivos, ó sobreviene la muerte (*período de estado*, *tercer grado*); y finalmente, al cuarto la reaccion (*período de reaccion, cuarto grado*).

CAPÍTULO IV

Del cólera abortivo

SUMARIO—Consideraciones clínicas sobre el cólera detenido en el período de invasion (cólera abortivo)—Rareza de los casos de esta especie en los hospitales y lazaretos—¿Por qué?—Estudio del período de incubacion en el cólera comparativamente al de otras enfermedades infecciosas—Dificultades para marcarle un límite—De los fenómenos precursores en el cólera—Su inconstancia—Exposicion de casos prácticos del primer período, subdivididos en dos séries—Análisis clínico en ambos grupos y su clasificacion—De las indicaciones del cólera en los casos de este período—Ideas antiguas á este respecto—Tratamiento de los casos de la segunda série, por los opiaceos. forma medicamentosa y administracion.—Tratamiento de los enfermos del primer grupo por el calomel—Estudio comparativo de ambas medicaciones—El éxito del tratamiento depende en gran parte de la época y oportunidad con que se emplea—El tratamiento no debe ser esclusivo, tiene que tener en vista todas las indicaciones—Concepcion ideal de la curabilidad del cólera.—Ideas á este respecto.—Marcha de la enfermedad en los casos estudiados—Débil grado de reaccion en los casos de cólera abortivo.

Los casos de cólera en el primer período de la enfermedad son tan escepcionales en los Hospitales y Lazaretos como comunes entre los habitantes de la ciudad infectada.

La razon es muy obvia, pues siendo el cólera una afeccion de síntomas progresivamente graves que se suceden con una regularidad y rapidez no siempre igual, pero en general muy breve, es muy difícil que los enfer-

mos que no se creen tales sino despues que las cámaras se precipitan con inusitada frecuencia, puedan llegar á los hospitales en aquella faz primitiva de la invasion.

De las numerosas historias que poseemos, no hallamos sino cuatro que puedan referirse al período de invasion del cólera; pero añadiendo á estas, seis que conservamos de enfermos del público, completamos el número de diez casos, que nos permitirán estudiar este punto bien conocido, por otra parte, por los médicos en general que han ejercido en la ciudad durante la epidemia.

La diarrea premonitora de J. Guerin no corresponde á otra cosa, y se la vé reinar con mucha frecuencia en las epidemias, constituyendo como dice muy bien Besnier, el primer acto de la enfermedad y no el anuncio premonitor.

Ahora, es conveniente preguntarse ¿por qué en algunos enfermos la evolucion del mal se detiene solo en el período de invasion, en otros pasa de largo franqueando este primer término y en otros aun recorre todos sus grados con una violencia inaudita, al estremo que sus faces iniciales pasan casi oscurecidas ante el imponente cuadro del período de estado?

Es indudable que hay en esto algo de desconocido, pero es posible esplicarlo comparando sus efectos con los que conocemos de las intoxicaciones. Puede decirse que si en algunos individuos el cólera se limita al período de invasion, es porque la dósis del agente nosogénico ha sido relativamente reducida, ó que siendo suficiente, sus efectos se han visto neutralizados ó destruidos por una medicacion oportuna, ó por último, que estas diferencias reflejan la accion de una fuerza de resistencia orgánica que seguramente no es la misma en todos los individuos, como lo prueban los numerosos hechos observados en

otro género de infecciones, de entre los cuales se destaca dominando estas diferentes aptitudes, la inmunidad absoluta que á este respecto muchas personas presentan.

Cuando estos elementos tan desconocidos como la esencia del mecanismo inmediato que preside á la elaboracion de la enfermedad, se disponen de la manera mas favorable para producir sus efectos sobre la perturbacion mórbida, que sin su presencia resultaria, pueden hacer comprender en un caso, el que sus manifestaciones sean benignas, ó por el contrario, que sus diversos períodos se sucedan con la regularidad acostumbrada, ó se precipiten con el aparato de una tempestad en su ausencia.

Nosotros no hemos podido estudiar esa faz latente del cólera que comprende el período de incubacion de las enfermedades trasmisibles en general; y á este propósito debemos recordar que los estremos que ordinariamente se le asignan, están bien separados, lo que autoriza á creer que hay, ó error de apreciacion ó insuficiencia de medios para medirlo y comprobarlo. Esto es tan cierto que muchas enfermedades mas directamente trasmisibles é inoculables, presentan relativamente á la incubacion oscilaciones tan amplias, que no permiten afianzar la opinion de una época invariable.

La rábia tan estudiada en este sentido, ha enseñado á este particular variaciones que demuestran, ora el aumento, ora la disminucion de la potencia de su virus, que se atenúa segun la especie animal en que se esperimenta y aun en una misma, como el conejo, por el contrario, ha ido sucesiva y lentamente en aumento, pues, su período latente reducido á 7 dias, tiende ya á acortarse un poco.

¿No se observan diferencias comparables en la viruela segun que ella resulte de la inoculacion ó se adquiera *por el aire* ó empleando la variolizacion al estilo chino?

Si esto pasa con enfermedades y gérmenes fáciles de seguir y de apreciar ¿qué no sucederá con el cólera donde sus agentes específicos se fijan en el intestino para multiplicarse y progresar en silencio, hasta llegar á la categoría de materiales estimulantes, en un tiempo que jamás puede ser igual, porque entre el elemento patogénico y el estallido mórbido está la individualidad orgánica, distinta por sus aptitudes, distinta por sus resistencias y tolerancia, diferente, en fin, por las circunstancias de actualidad en que se halle, y que sin duda alguna intervienen para disminuir ó prolongar ese período de silencio llamado incubacion?

En los enfermos por nosotros observados nunca hemos podido descubrir en ese tiempo alteraciones sujetivas similares que nos pudieran servir para considerarlas como fenómenos predecesores. Es cierto que en algunos casos los enfermos refieren haber esperimentado molestias localizadas unas veces en el estómago, otras en el vientre, con zumbido á los oidos ó sensaciones estrañas á la cabeza, como ser vértigos, cefalálgia, etc.; pero como dichos fenómenos que en realidad son ya la espresion de la enfermedad principiante, faltan en muchos otros enfermos, no queda como hecho inicial verdadero y constante de la infeccion colérica, mas que la diarrea, que al mismo tiempo que nos anuncia la presencia de un estado mórbido, permite en muchos casos un diagnóstico cierto, controlable hoy por el microscopio y mas aun por el cultivo de sus gérmenes.

De manera pues que los fenómenos precursores del cólera, son vagos é inconstantes y sobre los cuales no puede fundarse opinion práctica alguna.

Nuestros casos del primer período los dividiremos en dos grupos por haber sido diferente el tratamiento empleado en ambos.

El primer grupo lo forman los cuatro enfermos del Lazareto, todos entrados en el mes de Noviembre. Dos de ellos eran gendarmes de 19 y 30 años; el tercero un vendedor ambulante y el cuarto un soldado del Regimiento de Artillería. Los dos primeros entrados el 14 de Noviembre hacian remontar el comienzo de la enfermedad al 12. En esos dos dias habian esperimentado dolores abdominales, borborigmos y diarrea abundante, cuyo número de deposiciones oscilaba entre 15 y 18 diarias; con esto sintieron cierto grado de debilidad, pero podian marchar y cumplir aunque penosamente su servicio. En éstos como en los otros dos enfermos (uno con diarrea desde tres dias, otro desde 24 horas antes), la enfermedad se habia declarado sin ser precedida de ningun desarreglo apreciable en el régimen.

Estos enfermos se ofrecian al exámen con el mismo cuadro de síntomas: diarrea frecuente, que á su entrada á la Casa de Aislamiento pudo comprobarse por sus caracteres especiales, sed no muy intensa, lengua saburral, anoréxia, náuseas en uno, y en otro vómitos raros, vientre normal, estremos con temperatura normal, cara muy poco retraida, sin hundimiento de los ojos, orina algo disminuida en cantidad, pulso regular y un poco deprescible, voz ligeramente disminuida, temperatura axilar, oscilando entre 36.2 y 37; esto era todo.

¿Cómo debian ser clasificados estos enfermos?

¿Como afectados de enteritis? No, la enteritis, la gastro-enteritis simple, responde ordinariamente á una causa conocida que el enfermo refiere bien generalmente y aquí faltaba este elemento, pues, se habian sentido mal sin poderse esplicar la causa originaria; no tenian fiebre; no habian esperimentado esos trastornos que anuncian una indigestion franca.

Además, las cámaras, fecales en un principio, se convirtieron luego en acuosas presentando los copos riciformes clásicos. Tres de ellos se habian enfermado en lugares donde el cólera hacia diariamente víctimas numerosas; uno de ellos procedia del conventillo de la calle Paraguay número 503, de cuya casa habíamos recibido ya tres albañiles con cólera, otro de la calle Pichincha y Garay foco tambien de muchos casos, y el tercero de un cuartel que dió un buen contingente á la epidemia.

Por consiguiente, el juicio de que se trataba del cólera en su primera faz, era el que dictaba el cuadro clínico y la influencia epidémica; nos habria ilustrado mas seguramente el exámen bacteriológico de las deyecciones, pero actuando como lo estábamos en plena epidemia perfectamente demostrada y confirmada, era evidente que teníamos ante nuestros ojos á esta enfermedad, que podíamos confrontar con las decenas de ejemplares que poblaban nuestros pabellones.

Los otros seis enfermos presentaban un aspecto idéntico, con variaciones solo en el modo de principio así como en la intensidad y frecuencia de la diarrea, pero todos reflejaban los efectos comenzantes de la infeccion colérica. Directa é indirectamente, sus síntomas correspondian á esta enfermedad y no á otra.

En estas condiciones ¿cuál debia ser la conducta del médico, ó en otros términos, cuál era la indicacion que se debia llenar?

Desde muy antiguo la base del tratamiento recomendado en semejantes casos ha sido impuesto como un axioma: suprimir las cámaras y suprimirlas desde el principio con todo empeño.

Sin embargo, nosotros procedimos de una manera completamente opuesta en ambas séries y en las dos obtuvimos el mismo resultado, la curacion.

Es que aquí se evidencia el hecho revelado desde los primeros estudios sobre esta enfermedad y es que su curabilidad en gran parte depende de la prontitud con que se combaten sus primeras manifestaciones. La terminacion fatal es escepcional ó muy rara en el primer período del cólera convenientemente tratado, pero lo es solamente en aquellos casos de marcha gradual y relativamente lenta en su principio, para dejar de serlo en los casos contrarios, precisamente porque en el uno la evolucion mórbida dá espera y tiempo para obrar, al paso que en el otro, avanza con brevedad, sin dar trégua alguna para el empleo de la medicacion en la época oportuna y por lo tanto en condiciones de éxito.

Los enfermos del segundo grupo fueron tratados por los opiaceos en la forma mas conveniente y aceptable á que hemos llegado despues de haber ensayado numerosas fórmulas: es el estracto de opio diluido en infusion débil de café edulcorada, suprimiendo así el aroma de la tradicional manzanilla, de la menta, y del azafran del láudano de Sydenham, que mas de una vez provoca náuseas, despierta el vómito y disgusta á la larga á los pacientes. De este modo les hacíamos absorber 10, 15 y 20 centígramos de estracto, graduando su administracion y dósis segun la intensidad de la diarrea.

Para disminuir la sed se preconizaba el hielo, solo ó con dósis convenientes de coñac, con limonada cítrica ó vinosa; al mismo tiempo y en prevision de los desórdenes que estallarian, como era de esperarse, si el mal progresaba, solíamos por poco que la intolerancia gástrica se pronunciase, recomendarles con mas energía el uso del hielo, la pocion antiemética de Riviere sola ó adicionada de clorhidrato de cocaina (10 centigr. en la solucion ácida), las fricciones cutáneas, etc.

A esto se limitó nuestro tratamiento en este grupo de casos, y los efectos obtenidos fueron en ellos mas ó menos los mismos: disminucion primero y luego supresion de la diarrea al 2°, 3°, rara vez al 4° dia de iniciado. Coincidia con esto la disminucion de la sed, la mejoría general de los demás síntomas, y salvo la pastosidad de la lengua que en algunos persistió en union de la inapetencia, que reclamaba el empleo de los amargos, toda la evolucion colérica quedaba reducida á este simple esboso.

Los casos del otro grupo se trataron por una medicacion opuesta, por los purgantes, pero por los purgantes de accion selectiva, no tanto sobre la localizacion del punto en que van obrar, sino mas bien por su propiedad antiséptica y por su accion eliminatriz.

En efecto, si la opinion corriente de que el cólera consiste en una pululacion parasitária del intestino, es cierta, es mas racional el tratamiento causal que procure servir á su eliminacion por la accion ejercida sobre el intestino y por sus efectos destructivos como antiséptico, que aquel sintomático que se dirije á suprimir los fenómenos de diálisis profusa, actuando como anexosmótico, manteniendo intacta y encerrada la causa que la provoca.

Y si estos efectos se han de buscar con el fin de sobreponerse á las determinaciones sintomáticas crecientes de la enfermedad, resalta con claridad que cualquiera que sea la medicacion que se prefiera, ha de instituirse en el principio, en aquel momento en que el organismo entero obedece á las influencias terapéuticas y en que la invasion parasitária naciente, puede ser batida con provecho.

Ha sido fundado en estas ideas que hemos empleado el calomel á dósis de 1 gramo 20 centígramos, á 2 gramos en intérvalos cortos, y nos cabe la satisfaccion de haber visto modificarse y estinguirse á su influencia las espolia-

ciones diarréicas del primer período del cólera. Los pocos enfermos sometidos á este tratamiento presentaban despues algunas cámaras riciformes todavia, que se tornaban en biliosas y mas espesas pronto, terminando á los dos ó tres dias por tomar el olor y carácter fecal que indicaba la suspension del proceso específico.

Este tratamiento no implicaba el dejar de lado los agentes coadyuvantes de que nos hemos ocupado en la medicacion anterior: bebian agua helada, eran sometidos á fricciones y aun al empleo de los medios aconsejados para disminuir la exitabilidad del estómago, etc.

Ahora bien, el calomel y el ópio solos ó unidos han sido y son todavia los elementos principales de algunas mediaciones recomendadas en los períodos mas adelantados del cólera, y como con ellas se han obtenido resultados mas ó menos inciertos, teniendo ambas defensores esclusivistas ó eclécticos que las consideran como específicas, nos asalta una duda que no podrá ser resuelta de un modo completo, hasta que no nos ocupemos del calomel como única medicacion.

Sin embargo, esto no obsta á que emitamos la idea que estos resultados nos han sujerido.

El cólera aparte las indicaciones de que oportunamente haremos mencion, supone dos hechos fundamentales que dominan la concepcion ideal de su tratamiento y que aisladamente alcanzados, en tiempo oportuno, implican la curacion de la enfermedad. Es el primero la modificacion de la lesion local ó el aniquilamiento del parasitismo invasor que la forma; es el segundo el aumento de la tonicidad del sistema circulatorio que se oponga á la trasudacion enorme, que es una consecuencia. Si en este último caso pudiéramos obtener un grado de tono vascular tal que asegurara la dificultad de la trasudacion de los elementos difusibles de la sangre, la pululacion parasitária

quedaria limitada á sus efectos locales, pero inerte para provocar trastornos generalizados. Si del mismo modo en el primer caso nos fuera dado destruir los productos nocivos que á la manera de un evacuante poderoso abre una vía contínua á la espoliacion serosa, estos efectos serian nulos ó tan atenuados que la enfermedad pasaria como un desórden bien simple.

Pero ambos resultados no podrian ser conseguidos con probabilidades de éxito, sinó al principio, porque una vez iniciado el proceso. las condiciones se modifican tanto, que es muy difícil propender con ventaja hácia cualquiera de estos términos: la multiplicacion bacilar progresa y pronto llega á provocar lesiones durables; las alteraciones sucesivas originadas por la exósmosis creciente, tornan la absorcion imposible, estableciéndose al fin un círculo vicioso de efectos y de causas casi invencible.

Es por esto que la curabilidad del cólera aumenta proporcionalmente á la época temprana en que se inicia el tratamiento y sucede á la inversa en los casos opuestos, donde la curacion es mas bien el efecto de la insuficiencia destructiva de este proceso agotador, relativamente á las fuerzas reaccionarias del individuo, que al tratamiento empleado; á no ser que éste se dirija al segundo de los elementos primordiales, aún dominable en parte de un modo indirecto, por todos los medios capaces de dar á la sangre los elementos perdidos para restaurar la libre circulacion, y concurrir así á aumentar los escasos medios de defensa que el organismo dispone para apresurar la reaccion.

Volviendo á nuestros casos, ellos nos hacen asistir como se ha visto, á un procedimiento curativo radicalmente opuesto al preconizado generalmente contra esta enfermedad y como sus resultados no pueden ser mas halagadores, es menester reconocer que en algunos casos de

esta enfermedad y sobre todo en su primer período, la medicacion purgante puede estar racionalmente indicada.

No haya pues miedo ni temor de administrar el calomel á los coléricos. Este medicamento no producirá cámaras copiosas ni aumentará en manera alguna la fuente de la trasudacion intestinal que especializa la enfermedad, al contrario, y esto se verá mejor cuando estudiemos este ajente como tratamiento esclusivo; las deyecciones ordinariamente disminuyen y se modifican, y las probabilidades de curacion aumentan, como hemos dicho, relativamente al tiempo en que se inicia. Nuestros casos son uno de tantos ejemplos.

Que estos enfermos se habrian igualmente curado si hubiéramos empleado en vez del calomel, el tanino, el acétato de plomo, la ergotina, el sulfato de cobre etc., y en una palabra, las medicaciones mas variables, y son muchas, que se han recomendado en el cólera, no lo ponemos ni siquiera en duda, pues, la clínica archiva numerosos ejemplares y la práctica de todos los médicos que se han ocupado de esta cuestion lo dice perfectamente. Pero es que esto mismo está demostrando nuestra proposicion anterior: es que el cólera se domina y se cura cuando se le combate en condiciones de oportunidad ventajosas, las cuales pasan velozmente, para dar lugar á una série de indicaciones terapéuticas, difíciles de llenar en un organismo que languidece, hasta manifestar su impotencia ante cualquier estímulo.

La enteroclísis aplicada á los casos del primer período de que hemos hablado, nos habria probablemente dado tambien buenos resultados, obrando por un procedimiento algo análogo al interpretado para el calomel, pero el reducido número de enfermos no nos permitió ensayar este medio que creemos bastante poderoso y de accion benéfica inmediata, sinó en un solo caso.

En cuanto á la marcha de estos enfermos debemos decir, que una vez atacado su principal síntoma, no importa con qué tratamiento, la enfermedad en tanto que proceso infeccioso cesó tambien.

Es de observacion general que cuando los enfermos han pasado dos ó tres dias sin ninguna deposicion, la convalecencia se manifiesta y todo termina allí; pero puede suceder y así ha pasado en tres de nuestros casos, que la detencion de dichos síntomas vayan acompañados de la elevacion de la temperatura que rara vez pasa de 38° 5, del aumento en la frecuencia del pulso, de la persistencia de la anoréxia con lengua súcia, saburrosa y sed. Estos síntomas que caracterizan un débil grado de reaccion, prueban al menos que este fenómeno aunque abortado, existe tambien en algunos casos de esta modalidad atenuada de la infeccion colérica, y nosotros hemos asistido á hechos de este género, con reaccion tan exajerada, que hacia temer una complicacion cerebral.

De cualquier manera que sea, al terminar este capítulo, debemos hacer constar que los enfermos referidos no exijieron medicacion alguna especial durante esta última faz del cólera, que del 3° al 5° dia cesó, para establecerse una convalecencia firme.

CAPÍTULO V

Segundo y tercer período del cólera

(Tratamiento comun)

SUMARIO—Consideraciones clínicas sobre estos períodos.—Material de observacion.—Su division en séries segun los grados. —Síntomas y particularidades de los casos del segundo período.—Estudio de la espoliacion y mecanismo de su expulsion.—De los síntomas generales en este periodo.—Consideraciones sobre los casos del tercer período.—Estudio de sus principales síntomas.—Del tratamiento en los casos de la primera série.—Indicaciones.—Del opio, del acetato de plomo, subnitrato de bismuto. etc.—Medicacion contra el vómito, etc.—Tratamiento del tercer período.—Del empleo de los baños y su importancia.—Del deber de tener en cuenta el estado de la secrecion urinária.—Consideraciones del autor á este respecto. que demuestran esta necesidad.—Conclusion.—Exposicion de casos prácticos.

Si la subdivision de los enfermos segun el grado de la afeccion, puede ser establecida con precision en vista de los puntos de reparo que hemos tomado, no es menos cierto que toda esta cuestion de reglas en los procesos mórbidos, implica algo de matemático, á cuya exactitud se amoldan difícilmente las enfermedades, en que tantas circunstancias pueden intervenir para modificarlas.

Así, un enfermo del segundo grado, puede presentar todo el conjunto sintomático grave del cólera sin que el corazon disminuya de un modo notable la fuerza de sus latidos y el pulso se pierda en la radial, y este caso que por

ausencia de dicho síntoma corresponde al segundo grado, se encuentra sin embargo en la misma clasificacion pronóstica del grado siguiente. Lo que quiere decir que estos términos no siempre son paralelos.

Sin ir muy léjos, la urémia que puede existir y existe en algunos de estos casos con una circulacion sensiblemente regular, basta para determinar accidentes nerviosos que colocan al enfermo, en la misma situacion que los casos del tercer período, con y sin anúria.

Bien se vé entonces que aquí solo se trata de una sola y única enfermedad, que marcha en su progresion de un modo ascendente y sucesivo en la escala de la gravedad, y que si en los casos tipos que no forman la regla, es posible apreciar aisladamente sus diversos grados, en muchos se hace difícil marcarlos, porque en tiempo igual y con un mismo aparato de síntomas, el mal puede progresar en su invasion siguiendo caminos diferentes, ora avanzando en un sistema orgánico, ora deteniéndose en otro, etc., exactamente como un incendio que destruye algunas fajas de bosque y deja otras intactas ó lijeramente atacadas en sus inmediaciones.

Si nosotros hemos admitido gradaciones, es para darnos mejor cuenta de las grandes faces y aspectos diferentes que presenta esta enfermedad en su marcha, hasta cierto punto cíclica, es porque en algunos casos ella se constituye toda en tales períodos, es, en fin, porque al hacer este estudio clínico, debemos poner de manifiesto las ventajas ó inconvenientes de los tratamientos empleados, y que para juzgarlos de un modo acabado, era menester precisar el grado del proceso y oponerlos en estas condiciones unos á otros, para hacer resaltar las diferencias. De otra manera, la apreciacion se haria difícil y espondría á error, deduciéndose consecuencias de hechos desemejantes y por consiguiente desprovistos de valor.

En la esposicion de los casos cada uno podrá marcar los períodos, grados ó formas que adopte y estimar así, si las cantidades sobre que se fundan nuestros resultados, corresponden á hechos mórbidos asimilables, por el grado, por la gravedad, por el tratamiento, etc.

Además, como los tratamientos generales de que hablaremos, comienzan ordinariamente con la entrada del enfermo, sea cualquiera el período en que se halle, y continúa aunque éste pase á otro período, se hace necesario el estudiarlos en conjunto para evitar repeticiones inútiles. Es por esta razon que los casos del segundo y tercer grado serán considerados á un mismo tiempo, pero perfectamente clasificados en los capítulos que le dediquemos, y que tendrán principalmente en vista el tratamiento empleado.

Esto sentado entramos en materia.

Nuestro primer capítulo comprende al grupo de enfermos de ambos períodos, que suman mas de 300 individuos tratados por lo que nosotros llamamos *tratamiento comun* por haber sido, en un principio, usual en la Casa de Aislamiento.

Estos enfermos fueron tratados segun un mismo plan en que los astringentes, los opiaceos y absorbentes formaban la base de la medicacion contra la diarrea, la que se completaba por el uso de baños, inyecciones hipodér micas, etc.

De estos casos 199 historias clínicas solas están completas; las demás están truncas y no servirian para un análisis general. Pero la cifra indicada, creo, que es mas que suficiente para dar fé de cuanto digamos á este respecto.

El cólera una vez iniciado en esta série de casos, sea cualquiera el agente de la medicacion indicada que le

opusiésemos, marchaba siguiendo el círculo bien previsto y conocido, del cual se apartaba muy pocas veces, y cuando lo hacía, era para mostrarnos alguna rareza clínica dependiente generalmente de las condiciones del paciente y algunas veces de la medicacion; pues la influencia de ésta en bien ó en mal se destacará evidentemente en alguna de sus faces con tanta claridad, que no omitiremos nuestras adquisiciones para ponerlas de relieve.

De estos 199 enfermos, 102 solamente recorrieron el período de crecimiento del colera, limitándose la enfermedad por consiguiente á su segundo grado.

Su sintomalogía se resumia así: deposiciones abundantes, vómitos copiosos, calambres, comienzo de enfriamiento, cianosis regularmente pronunciada, demacracion mas ó menos marcada con hundimiento proporcional de los ojos, debilidad de la voz, respiracion lenta y angustiosa, otras veces disnéica, secrecion urinária siempre perturbada y á veces suprimida, coincidiendo todo esto con un profundo abatimiento, que en casos raros era poco marcado, y con alteraciones constantes del aparato circulatorio que no llegaban, sin embargo, á la pérdida total del pulso, ni á la estincion de los ruidos de su órgano central. Tenian además, sed muy intensa, lengua siempre saburrosa y dolores al epigástrio y abdómen observados solo en una minoria. Las perturbaciones del cerebro tan poco se han visto sino en un limitado número de enfermos, siendo por el contrario, muy frecuentes al fin, y comunes en sus manifestaciones lijeras. Tal es la síntesis general de la observacion de este centenar de casos.

Ahora, las particularidades son igualmente notables y se vuelven mas importantes atenta la estension que estas observaciones abarcan.

La diarrea (es decir, las cámaras líquidas visibles al

esterior) que en la gran mayoria ha iniciado la enfermedad, se esteriorizaba á veces en un tiempo algo distanciado del principio de la enfermedad, y en ambos casos, los síntomas que simulaban una enteritis diarréica, eran generalmente considerados sin importancia por los pacientes, que continuaban sus tareas habituales, sin pensar que la mayor laxitud y postracion de que suele acompañarse esta simple indisposicion, fuera el anuncio inminente de la tormenta cercana.

Y en efecto, despues de horas, de un dia, de dos, de cuatro á veces, las cámaras que no llamaban la atencion, se precipitaban unas sobre otras como una catarata repentinamente abierta, para dar paso á esas olas de líquidos serosos, que en breves horas postran al mas vigoroso. Antes ó concurrentemente con estos fenómenos, los enfermos solian esperimentar zumbidos de oidos, sensacion de desvanecimiento, á veces náuseas, etc., hasta que estas últimas afirmándose mas, se convertian en vómitos y entraban á participar como elementos activos de la enfermedad.

En otros casos que son los menos, el mal era mas violento y despues de algunas sensaciones de dolor al vientre que los pacientes comparan generalmente á los producidos por una indigestion, y de una ó dos deposiciones fecales, no siempre líquidas, que arrastran casi todo el contenido intestinal (pues á veces, aunque raras, hemos visto verdaderas masas fecales duras entre las deyecciones francamente coléricas del segundo y tercer dia), la espoliacion serosa aparecia en seguida é iniciaba el proceso de golpe. Fuera cualquiera la forma de principio, las cámaras perdian pronto su carácter fecal, tomando el aspecto blanquecino y fluido, con copos blancos que especializan las deyecciones coléricas.

Las deposiciones se producian casi siempre sin dolor,

en pocos se acompañaban de cólicos, y en los hemorroidários era la regla, que despues de algunas cámaras, esos tumores se irritarán é inflamarán determinando grandes sufrimientos.

El mecanismo de la espulsion no era idéntico en todos; en unos los líquidos salian como arrojados con fuerza por un tubo inerte y con una abundancia estrema, produciendo de cuando en cuando sacudidas. En otros, por el contrario, parecian requerir cierto esfuerzo y se eliminaban por porciones, de tal modo que cada deposicion se producia con intérvalos de tiempo.

Las cantidades de líquidos espulsados variaban muchísimo, (desde 50 hasta 400 gramos término médio), pero cuando hablemos de otra manera de medicion, se verá que estas cantidades pueden ser mayores y pasar de un litro. En esto interviene la frecuencia de la eliminacion; si demora, la deyeccion es abundante, si al contrario, se repite golpe sobre golpe, pueden ser menos copiosas.

No diremos nada de su carácter porque es bien conocido, solo sí añadiremos que en algunos casos suelen ser sanguinolentas.

Con el vómito pasaba algo de análogo: ó requeria mucho esfuerzo, gran dolor y ansiedad y un aparato ruidoso de náuseas que lo precedian, ó lo que era mas comun, asemejaba á una ola líquida espelida con suma facilidad al través de un tubo inerte. Su cantidad y aspecto era variable, normalmente acuosos, y marchaban respecto á su frecuencia y cantidad, unas veces paralelamente á las cámaras, otras de un modo totalmente opuesto.

Por escepcion hemos visto en ellos sangre alguna vez.

Los calambres no han sido á decir verdad el hecho dominante en esta epidemia, pues recuerdo que eran mas

intensos y frecuentes en la epidemia de 1873-1874 á la cual asistí siendo estudiante.

No obstante, ellos en grados diversos se han mostrado como un síntoma constante, no solo localizados á los estremos, sinó tambien en el tronco, y al decir de los enfermos, hasta en el estómago mismo.

La demacracion, el retraimiento de la cara, el hundimiento de los ojos, no siempre han estado relacionados con el grado de espoliacion sufrida y el estado anterior del individuo. Pues, hemos visto enfermos llegar y morir en el período asfíxico, habiendo perdido muy poco de su peso y de su volúmen, y fuera de la depresion de los globos oculares y un ligero retraimiento de la piel, su cuerpo no guardaba esa relacion proporcional con las pérdidas sufridas, que los coléricos casi siempre presentan. Por el contrario, en otros este estado llegaba á grados avanzados, sin alcanzar á aquel que es comun al período de estado y en que se suelen desconocer hasta las personas.

El enfriamiento y la cianosis, no han ofrecido nada de escepcional. No obstante, el termómetro siempre marcaba un calor debajo de 37°, el término medio de 36°, 35°8 era el mas comun; y comparando la temperatura axilar con la rectal, nunca hemos hallado diferencias mayores de 2°5 á 3° en favor de esta última.

El pulso radial persistia siempre, aunque ofrecia variaciones estensas, que iban desde la percepcion de una onda sensiblemente normal hasta una disminucion considerable, que lo hacian apenas apreciable en los casos que podrían llamarse de transicion entre el 2° y 3° período; pero generalmente, este signo espresado de un modo débil, mas ó menos regular y frecuente, existia, lo mismo que los ruidos cardíacos que eran perceptibles aunque mal timbrados. Como este fenómeno es uno de aquellos que debe

preocupar mas al clínico, y nosotros lo hemos tomado de reparo en la clasificacion que hemos adoptado, se comprende toda la importancia que debe merecer su investigacion.

Las secreciones generalmente pervertidas y modificadas, no han presentado muchos carácteres dignos de señalar; la orina en especial que desempeña en esta enfermedad un papel importante, se mostraba siempre disminuida en cantidad y aumentada en densidad y coloracion; su disminucion ha ido hasta la anúria persistente, y por lo tanto, á verse acompañada de los síntomas de la urémia bajo todas sus modalidades: comatosa, convulsiva, mixta, etc.

Esta supresion de la orina ha coincidido en muchos casos con dolores renales espontáneos, pero mas comunmente provocados por la presion, y su patogénia, sobre la cual insistiremos despues, prueba que puede reconocer varias causas.

Este signo y el juicio que de él se desprende es de tal importancia, que exije de parte del médico toda su atencion, mientras las perturbaciones de dicha funcion no desaparezcan completamente.

La secrecion del sudor estaba tambien disminuida, y rara vez aumentada; otro tanto podríamos decir de las secreciones de las mucosas, nasal, conjuntiva, etc., etc.

La respiracion se ha visto comprometida sériamente muy pocas veces en esta faz, y comunmente se traducia por modificaciones en el ritmo; era lenta, suspirosa é irregular en algunos casos; en muy pocos hemos notado una frecuencia sofocante, y en todos, nos ha sido imposible hallar una lesion localizada en los pulmones que la esplicara.

De esta manera se constituia un conjunto clínico de aspecto semejante, que por sí solo formaba toda la enferme-

dad y á veces franqueaba el límite asignado (en nuestros 102, enfermos solo se vió en la proporcion de 25 por ciento) y el mal pasaba al período de estado.

El momento de este pasaje llegaba tarde ó temprano; todo dependía del grado de espoliacion y de su intensidad, efectuándose de un modo sucesivo y como por agravacion creciente del enfermo.

Pero como para los fines que nos proponemos hemos debido aislar estos 102 casos entrados en el 2° período, aun cuando algunos pasaran al tercero, de aquellos entrados en éste y que suman 97, sometidos al mismo método curativo, es menester tener en cuenta estas circunstancias al juzgar del resultado.

Aquí el aspecto cambia, la enfermedad ha producido todos sus estragos y ha dejado al organismo enteramente postrado: las manifestaciones de actividad languidecen y el enfermo, generalmente sumido en el letargo, vive solo por la respiracion que anhelosa, superficial y exhalando un hálito helado, muestra al observador un resto de vida. El pulso está abolido en las arterias periféricas y la sangre apenas si difícilmente circula cada vez mas espesa en los centros, embotando el entendimiento y sirviendo imperfectamente á las funciones vejetativas, que aun se manifiestan en su mas débil espresion. La temperatura desciende á sus grados ínfimos; la piel aparece fria, humedecida por un sudor gomoso y plegada principalmente en los dedos de la mano, ha perdido su elasticidad y los pliegues hechos en ella subsisten por mucho tiempo, está además anestesiada y con ese tinte cianótico sombrío que dá al rostro esa espresion tan típica. Los ojos enormemente hundidos no alcanzan á ser cubiertos por los párpados, que se aplanan en el vacío anterior de la órbita, dejando abierta una ventana que dá acceso al aire, el cual deseca la córnea y dá orígen á la conjestion intensa que las conjuntivas dibujan. Un

círculo negro circunscribe las órbitas; la disolucion del tejido adiposo hace aparecer las eminencias óseas del rostro, etc.

En este período nuestros enfermos se quejaban poco de los calambres y de los dolores; sumidos en ese sueño profundo, apenas si aparentaban salir de él, cuando el hipo ruidoso que alternaba y concluia por sustituirse á los vómitos, se hacia pertinaz y contínuo. En otros casos se observaban contracturas de los miembros y contracciones fibrilares suficientes para provocar movimientos hasta en el instante final y aun despues de él.

Cuando este período llegaba á su apojeo, sobrevenía una pausa en la espoliacion gástrica-intestinal que habia ya agotado la fuente de sus pérdidas: las cámaras eran raras y escasas y á veces reducidas á simples conatos sin eliminacion real; el vómito solia sostenerse aun, pero se mostraba á largos intérvalos.

En la mayoria de estos casos, por no decir en todos, la orina desaparecia como secrecion, siendo escepcional poder obtener por el sondaje, cantidades susceptibles de análisis. La anúria ha sido el síntoma culminante de este período.

En fin, este conjunto de caracteres clínicos que los autores lo han descrito con maestría, lo hemos visto repetirse muchísimas veces, y es tal su gravedad, que al contemplarlo de cerca parece imposible que los enfermos llegados á ese grado, puedan todavia resistir y reaccionar contra tantas causas de destruccion, que en un momento dado se reunen para sumirlo en ese estado tan próximo á la muerte.

Y sin embargo reaccionan.

De todos estos síntomas los que mas deben preocupar la atencion del observador, son los dependientes del apa-

rato circulatorio y de la secrecion urinária; porque en los dos casos, cuando estos aparatos se comprometen hasta cierto grado, es muy difícil volver al equilibrio necesario para el restablecimiento.

Tal es en resúmen el estado en que se presentaban nuestros enfermos del 2º y 3er. período.

El tratamiento que hemos empleado ha variado un tanto respecto á las sustancias destinadas á combatir la diarrea, pero sujeto en lo demás al mismo plan que ha sido invariable.

Los casos del 2º período que tenian muchas cámaras, eran sometidos á la accion del ópio, á dósis proporcionadas, pero casi siempre elevadas y prescripto unas veces en píldoras, otras en infusiones como la de manzanilla, menta, etc., y mas comunmente en infusion de café que era mucho mas tolerable. Ya hemos dicho antes las razones que nos condujeron á suprimir las sustancias aromáticas de la medicacion del cólera. Fué por esto que se dejó tambien de lado al láudano de Sydenham y se prefirió el estracto de ópio.

Cuando los vómitos que desde bien pronto se manifestaban, casi en los primeros actos de esta enfermedad, se repetian eliminando al esterior no solo esas grandes cantidades de líquido, sino aun los mismos medicamentos, lo que hace imposible su absorcion, entonces preferíamos la administracion del ópio en inyeccion hipodérmica (5 centígramos de estracto por un gramo de agua destilada), las cuales se practicaban en la region epigástrica, repitiéndolas tantas veces cuanto la urgencia del caso lo requeria, sin olvidar nunca la posible acumulacion del remedio por este medio absorbido. Este procedimiento que asegura la penetracion del ajente medicamentoso, se ha mostrado indolente en las numerosas aplicaciones que

hemos hecho, sin haberse acompañado jamás de induraciones, abcesos, etc.

Como se vé, es un modo útil de administrar el ópio que puede tener muchas otras aplicaciones terapéuticas, en vista de que aprovecha todos los alcaloides de esta sustancia cuyas propiedades son algo diferentes de las de la morfina, la que no aceptamos en esta enfermedad por las razones indicadas, y á mas, por la tendencia al vómito que su administracion aislada despierta generalmente.

El ópio, pues, sea en bebida, sea en píldoras ó en inyeccion hipodérmica, era el agente anexosmótico empleado esclusivamente en algunos casos.

Otros enfermos eran tratados por el acetato de plomo en la forma propuesta por el doctor Graves, que con su autoridad preconiza en sus Lecciones de Clínica, (Acetato de Plomo 1 gramo, 30 centigr; Opio 6 centigr; para 12 píldoras. A tomar una cada media hora); pero este medicamento, lo mismo que el subnitrato y salicilato de bismuto, solos, con ópio ó con tanino, etc., etc., si se muestran útiles en los primitivos tiempos de la invasion, cesan de serlo desde el momento que la intolerancia gástrica se establece, y cuando la absorcion es un problema.

Apesar de esto, dichos medicamentos, el ópio en especial consagrado desde tiempo atrás como un remedio clásico, diremos, contra esta enfermedad, constituyeron la medicacion antidiarréica de nuestros 102 enfermos.

Los vómitos eran tratados con las medicaciones comunes contra este síntoma: hielo al interior, pocion de Riviere del formulario á la cual solíamos, aprovechando la propiedad anestésica de la cocaina, unirle esta sustancia (clorhidrato de cocaina) en la solucion ácida á dósis de 10 centígramos, y de la que tomaban en la forma acostumbrada, cada me-

dia hora ó mas segun la indicacion;—otras veces se daba el clorhidrato de cocaina solo disuelto en agua y en la misma cantidad.

Pero si como era el caso habitual, los vómitos persistian, entonces aumentabamos los elementos de esta medicacion aplicando el hielo tópicamente sobre la region epigástrica; en otros siguiendo los consejos de Chapman, lo colocábamos en la nuca (difícilmente mantenido y soportado), en fin, aplicábamos pequeños vejigatorios al epigástrio, recurriendo en muy raras ocasiones, hasta la cauterizacion puntuada en la misma region, que nos dió algunos resultados mas evidentes que los buscados por otros medios menos activos.

Mientras podian, los enfermos se alimentaban y bebian en abundancia; la prescripcion general, aparte indicaciones especiales, era la siguiente: agua helada, sola, con coñac, vino, limon, á voluntad del enfermo; café ó té á la temperatura apetecible, caldo y leche casi siempre helada.

Este era el régimen dietético de nuestros enfermos.

Ahora, si los síntomas lejos de ceder, se sostenian, si el enfriamiento por poco pronunciado que fuese se presentaba en la escena, recurríamos inmediatamente al empleo de fricciones estimulantes hechas con partes iguales de esencia de trementina y agua caliente, cuando no, como era la costumbre establecida ya, se habian practicado desde el momento de la entrada.

A esto se reducia ordinariamente el tratamiento del segundo período en los casos comunes.

Pero cuando la enfermedad seguia avanzando ó los enfermos eran traidos en el período de estado, la misma medicacion que se implantaba si es posible con mas ener-

gia, tenia principalmente en cuenta, el estado de la circulacion, la atérmia, la anúria y los fenómenos generales que eran su consecuencia.

No bien se recibia el enfermo, se le practicaban inyecciones hipodérmicas escitantes, ora de éter sulfúrico, de éter alcanforado, ora de amoniaco, etc.

Esta escala de los agentes empleados para despertar las funciones del corazon y estimular las funciones en general, muestra la gradacion sucesiva por nosotros recorrida. El éter es muy difusible y sus efectos rápidos y pasajeros, no nos producian siempre el resultado deseado. Despues de haberlo ensayado muchas veces, lo dejamos para sustituirlo por el éter alcanforado, al que desechamos luego por el amoníaco líquido mezclado al agua en la proporcion de 1 por 3; pero como esta última sustancia determinaba fácilmente escaras, la abandonamos tambien para ensayar su acetato, empleado en la misma proporcion de agua, con cuya sal, al fin, nos quedamos, consiguiendo con ella mas frecuente y seguramente que con los agentes referidos, el estímulo general que exitara las funciones y activara al corazon.

Estas inyecciones que generalmente en número de dos á la vez se practicaban en region glútea, eran repetidas una ó mas ocasiones en el dia segun los efectos obtenidos y las indicaciones especiales del caso. Inmediatamente despues, el colérico era sumerjido en un baño á 40°; sinapisado, en el cual permanecia desde 1/4 de hora hasta media hora y mas, siendo sometidos durante este tiempo á fricciones, que continuaban al salir, y luego se envolvian en frazadas ásperas, rodeando de caloríferos su cuerpo, y colocando sobre la cabeza una bolsa de hielo.

El baño con las inyecciones y fricciones se repetian con regularidad cada 2 horas en los casos graves, y en los otros, segun sus particularidades.

En algunos enfermos álgidos, cianóticos y por demás postrados, que esperimentaban sin embargo muestras de una sensacion desagradable por el cambio brusco de la temperatura del agua en que eran sumerjidos, pero que lo soportaban bebiendo líquidos frios, tomando hielo, etc., se notaba pronto el desvanecimiento del color azulado, la respiracion volverse mas regular y ámplia, viéndolos muchas veces salir del baño con señales de pulso, y con los signos comenzantes de la reaccion que en ciertos casos no tardaban en acentuarse.

El baño en estas condiciones y en este estado es un escelente remedio: sirve para desconjestionar los órganos internos repletos de sangre densa, y del cerebro en especial comprometido desde muy pronto, si como es de práctica, se mantiene una bolsa de hielo en el cráneo; activa el funcionamiento de la piel vuelta inerte, la cual se colora por la mayor circulación que se sustituye al extasis y la cianosis; favorece por consiguiente, la circulacion en general y permite á los órganos centrales oportunamente estimulados, cumplir mejor sus funciones; en fin, aumenta la calorificación siempre deficiente.

Yo me creo autorizado para considerar á este medio como un agente heróico en el período de estado del cólera, que puede dar al enfermo postrado y al moribundo mismo, todo aquello que ningun otro medicamento es capaz de proporcionar; siendo en cualquier caso un codayuvante útil del cual difícilmente se podria abstener.

Coincide con este período, como hemos dicho, la retencion en la sangre de los productos eliminables por la orina; es la urémia que concurre á dar al proceso ese aspecto de postracion y abatimiento profundo. Esta auto-intoxicacion que perturba el sistema nervioso central, representa en estos enfermos un papel de primer órden tambien, porque si muchas veces se logra en ellos iniciar la reaccion, si

se alcanza á estimular á la circulación que se estingue. si por último, se llega todavía á devolver la calorificacion que falta, en cambio, se suele ver la intoxicacion urémica persistir y persistir en grado creciente hasta la muerte.

Es por esto que la urémia debe ser tenida muy en cuenta al tratar los coléricos, sin olvidarla jamás en el curso de esa terapéutica de *taponamiento* que no se detiene ni en remedios ni en dósis para obturar la espoliacion gastro-intestinal que parece arrastrar con ella, la vida del colérico. Esta insistencia es inútil, es mas, es perjudicial y es nuestra práctica sola, bien desgraciada por cierto, la que habla aquí; pues nada de lo que diremos lo hemos visto indicado en los autores.

En efecto, la diarrea es un síntoma de principio del cólera y la causa principal de las perturbaciones funcionales que sucesivamente invaden al organismo, entre las cuales está la disminucion y luego la suspension de la produccion de la orina. Lo lójico en el curso de la enfermedad sería, que una vez detenida la diarrea, la orina volviera á segregarse, tratándose como aparentemente parece, de cambios simples de emuntorio y de secreciones modificadas por sustitucion.

Así es efectivamente, y en muchos casos la observacion lo comprueba; pero en otros y no son los menos, la inversa se produce: cesa la diarrea y la anúria persiste. ¿Por qué? Cuando se ha hecho autópsias de coléricos y se ha visto los riñones con lesiones francas de nefritis y sus tubos atascados de masas albuminosas, notablemente conjestionados, y sus pelvis y cálices cubiertos de una masa espesa y muco purulenta, cuando se han visto enfermos de esta dolencia hallarse relativamente buenos, con pulso, con sus facultades íntegras, con 4 á 6 cámaras y uno ó dos vómitos al dia, pudiendo algunos de estos últimos ser confundidos con la secrecion urinária, tal era su aspecto

y olor, cuando insistiendo en combatir la diarrea á todo trance se ha visto su detencion ser seguida inmediatamente de la aparicion del coma y demás síntomas de las modalidades clínicas de la urémia, sin poder ser evitada su terminacion fatal despues;—yo digo, esa terapéutica obstrucionista, aquella que sin mirar las condiciones del paciente y sin recordar que no es al cólera al que debemos combatir, sino al colérico, que es bien diferente, es una terapéutica irracional, errónea y notoriamente perjudicial.

La naturaleza misma nos encamina y ella nos muestra que en los coléricos de este período, las deposiciones ó cesan ó disminuyen, y en todo caso se aminoran sus pérdidas. Los estragos de la espoliacion están ya producidos: la asfixia, la adinámia, la cianosis, la demacracion, etc., bien lo demuestran; las cámaras no representan ya papel perjudicial alguno, puesto que no tienen de donde estraer los elementos de su espulsion. . . . . ¿A qué combatirlas todavía? Qué se busca en ello? Se olvida acaso que si la naturaleza las conserva es para eliminar por esa estraña vía los materiales escrementicios que el filtro renal obstruido no puede dejar pasar?

Y en hecho, yo tengo para mí que los vómitos y la diarrea del período de estado, raros como son, no representan otra cosa en la mayoria de los casos, que la variedad clínica de la urémia gastro-intestinal, y que cuando estos síntomas son moderados y coinciden con la anúria, deben ser respetados á título de fenómenos curativos providenciales, porque dan tiempo á que se pueda tratar la lesion renal generalmente desconocida y abandonada.

No se estrañe pues en el curso de este libro si al historiar los casos, dejemos algunas veces á la diarrea y á los vómitos subsistir; no se estrañe tampoco el vernos recomendar un purgante y hasta el aceite de cróton en algunos enfermos de cólera;—es que estamos firmemente conven-

cidos que estos síntomas deben ser respetados cuando coincidan con la anúria y no sean de una abundancia y frecuencia inquietante, es que hemos visto á muchos morir por esta causa y que hemos confundido, sí, confundido las materias vomitadas, y esto mas de una vez, con la secrecion urinária.

Por consiguiente, en las circunstancias indicadas, antes de proceder á prescribir los opiáceos, el tanino, el acétato de plomo, etc., averiguamos primero el estado de la secrecion urinária, y por poco que la hallemos comprometida, nuestra medicacion debe tender solo á aminorar las pérdidas intestinales sin suprimirlas nunca, y si tal hecho sucediera y seprolongara, apareciendo el sopor, etc., no trepidamos ni hemos vacilado en administrar purgantes activos, sin escluir el elatério y aceite de croton, insistiendo en ello shasta obtener cámaras copiosas.

Al mismo tiempo procuramos hacer injerir grandes cantidades de agua bajo diversas formas (infusion de estigmas de maiz, de gramilla, de uva ursi, etc.) como duirético.

No omitimos tampoco en tales condiciones esplorar la region renal, que comunmente hemos hallado bastante dolorida, porque en estos casos nuestra comportacion tiene que variar, segun que el enfermo presente ó no señales de pulso. Si este fenómeno subsiste, practicamos una sangría local (ordinariamente ventosas) en dicho region y hacemos aplicar además una ó dos sanguijuelas detrás de las orejas, manteniendo el hielo constantemente puesto sobre el cráneo; si el pulso está ausente, reducimos el tratamiento al uso de ventosas secas frecuentemente repetidas en la misma region y de resulsivos en dicho sitio, sosteniendo la misma medicacion para combatir los síntomas del lado del cerebro.

Por nuestra parte debemos lisonjearnos de esta con-

ducta que continuada con energía, ha producido muy buenos resultados en casos al parecer perdidos.

El tratamiento del cólera en el período de estado es muy importante, por cuanto presenta indicaciones especiales que deben ser prolijamente investigadas antes de poner en práctica los agentes destinados á llenarlas, so pena de contribuir á su agravacion ó detener la evolucion espontáneamente favorable, que aquí como en muchas otras enfermedades, la naturaleza dirije con tanta sabiduría.

Pronto veremos que este mismo tratamiento algo modificado, autoriza al clínico á esperar mas de la terapéutica de esta enfermedad, contra la cual tantos remedios han sido ensayados.

Observaciones clínicas del segundo y tercer período del cólera

TRATAMIENTO COMUN

I

Cólera (2° período)—Recaída—Muerte

Eduardo M., 46 años, francés, cocinero del hotel Americano (Cangallo y calle cortada del Mercado del Plata), de estado soltero,—entró á la Casa de Aislamiento el 8 de Noviembre de 1886.

Hombre fuerte, bien constituido y sin padecimientos anteriores de importancia, se sintió inopinadamente enfermo en la noche del dia 7, con diarrea, vómitos y calambres que no podian ser referidos á cambios en su réjimen. El carácter de estas evacuaciones no han podido ser bien especializadas, pero segun el enfermo, eran muy líquidas y abundantes. Es esencial notar que este individuo no habia tenido relacion *aparente* con personas enfermas, á no ser con los huéspedes del hotel.

El dia 8 la espoliacion gastro-intestinal disminuyó, continuando, sin embargo, los calambres en las estremidades.

El aspecto á su entrada era el siguiente: enfriamiento, temp. p. m. 35°, color sensiblemente normal de la piel, lengua húmeda, blanquecina,—lijero hundimiento de los ojos, voz sensiblemente natural, pulso regular, 80; anoréxia, sed, dolor en el abdómen espontáneamente, respiracion normal, orinas disminuidas; las demás funciones bien.

Se administra un baño á 40°, con mostaza; fricciones de agua caliente con esencia de trementina (partes iguales); pocion opiada; agua alcoholizada helada.

En la noche del 8, cámaras blanquecinas, ningun vómito.

El dia 9 está mejor; pulso 78, temp. a. m. 36° 7, p. m. 36° 4,—dos cámaras mas en el dia.

Dia 10—Cámaras y vómitos suspendidos, lo mismo que los calambres; temp. a. m. 36° 7, p. m. 36° 5; orina mas abundante—cesa la sed, la lengua se limpia y vuelve el apetito.

Dia 11—Sigue bien; temp. a. m. 37° 6, p. m. 37° 3; empieza ya á alimentarse.

En los dias subsiguientes continuó perfectamente y las cámaras se tornan normales.

El 15 sale de alta.

Despues de su salida, y apesar de las recomendaciones hechas sobre el régimen, etc., se trasladó á una fonda (calle Cuyo entre Cerrito y Artes) en donde comió pescado en abundancia, huevos, etc., etc. En esa misma noche volvieron á manifestarse, pero con mayor intensidad, los vómitos y la diarrea.

A su nueva entrada se presentó sumamente frio, sin voz, piel sin elasticidad, arrugada, húmeda y cianótica, particularmente en la cara y estremidades, ojos enormemente hundidos en las órbitas; gran postracion, inteligencia conservada, pulso perdido, temp. 35°, anúria. Sufria muchísimo de una puntada al costado derecho (quinto espacio intercostal, línea axilar) donde la auscultacion era negativa, calambres frecuentes—pero ni cámaras, ni vómitos.

Tratamiento: baño á 40° cada 2 horas, inyeccion hipodérmica de estracto de ópio en el epigástrio, varias inyecciones de éter, fricciones y botellas con agua caliente, etc.

Dia 17—La cianosis invade casi toda la piel, el pulso ni la orina vuelven, lijeras contracciones en el antebrazo y brazo derecho. Cámaras suprimidas, tres vómitos copiosos, muchos calambres, agitaciones notable. Mismo tratamiento. En la tarde vuelven las cámaras en número dos y se repiten los vómitos; la lengua se seca.

La noche de este dia continuó mal, repitiéndose á largos intérvalos, los movimientos gastro-intestinales hasta las 10 y 1/4 a. m. del 18 en que fallece. Temp. *post mortem* 35° 5.

Se le practicó la autópsia de que se hablará en otro lugar.

II

Período de estado—(álgido)—muerte

Ramon B., argentino, 28 años, sordo-mudo, procedente de la calle de Santa Rosalía n.° 69, entró á la Casa de Aislamiento el 14 de Noviembre. No se pueden recojer sus antecedentes, pero á la observacion presentaba los síntomas siguientes: aspecto general muy grave, pulso ca-

si imperceptible, incontable, color cianótico del rostro y estremidades, ojos profundamente hundidos, piel fria, plegada y sin elasticidad, lengua saburrosa, gran sed, anoréxia completa, respiracion lenta, suspirosa, temp. 35° 4—orina disminuida en cantidad.

Se le ordena agua alcoholizada helada, para beber á pasto—baños á 40°, cada 2 horas—inyecciones de éter y fricciones como el anterior.

Por la tarde el mismo estado continúa, pero aparecen cinco deposiciones y seis vómitos, por lo que se añade al tratamiento la pocion de Riviere con cocaina é inyecciones hipodérmicas de ópio;—pulso igual, temp. 36°.

Dia 15—El tratamiento ha continuado toda la noche que la pasó mal: 7 deposiciones, 14 vómitos; por la tarde 5 deposiciones, 5 vómitos. Temp. a. m. 37° 3, p. m. 36° 8. Mismo aspecto, idéntica gravedad;—la orina tiende á desaparecer; el pulso está perdido. Se sigue el tratamiento insistiendo con el ópio, el éter y los baños.

Dia 16—Amanece algo mejor, el pulso aunque débil se siente ya; 4 deposiciones y 5 vómitos en la noche; 3 vómitos y una deposicion por la tarde, temp. a. m. 35° 2, p. m, 36°. Los calambres, la ansiedad, la sonnolencia interrumpen de tiempo el tiempo este cuadro que se agrava siempre. Hay anúria desde la mañana y el sopor aumenta mas, acompañándose de un hipo ruidoso y frecuente.

Dia 17—Durante el dia 7 cámaras y 10 vómitos, menos abundantes, pero, con mucho esfuerzo y arcadas estos últimos;—temp. a. m. 36° 6, p. m. 36° 2; el pulso vuelve á perderse y el aspecto esterior no se modifica. Además del tratamiento instituido, se aplican ventosas secas en la region renal y hielo á la cabeza.

Dia 18—Cuatro deposiciones, 3 vómitos; persiste la anú-

ria y el hipo, así como la sonnolencia; temp. a. m. 36° 6, p. m. 36° 1.

Dia 19—Dos deposiciones, ningun vómito; temp; a. m. 35° 5, p. m. 36° 8. Se une al tratamiento un vejigatorio al epigástrio. Durante este tiempo el enfermo se ha aniquilado muchísimo; el hundimiento de los ojos llega á su mayor estremo, las conjuntivas se ponen rojas y secas y este estado desesperante persiste sin cambio favorable alguno.

Dia 20—Dos deposiciones; temp. a. m. 35° 6, p. m. 37° 4. Se mantiene el estado álgido en su grado mas culminante.

Dia 21—Sosteniéndose los mismos síntomas adinámicos, de donde resalta el hábito esterior tan dolorosamente espresivo, el hipo, la ausencia de pulso, la casi estincion de los movimientos cardíacos que se traducen por un murmullo lejano, la anúria, la cianosis, etc. Este dia el termómetro se eleva por la mañana á 38° 5, pero dicho fenómeno indicio de una reaccion comenzante, desaparece luego, pues á la tarde baja á 35° 4.—Las cámaras y los vómitos continúan, pero son mas raros y menos copiosos;—la respiracion se compromete sériamente: es muy lenta, amplia é intermitente. El tratamiento local para desengurjitar el aparato renal permanece estéril; el abatimiento es profundo y un sueño comatoso postra al enfermo que está indiferente á todo.

Dia 22—Tem. a. m. 36, p. m. 36—vómitos y diarrea escasa y mas bien muco-sanguinolenta que francamente riciforme.

Dia 23—Todo se agrava; el hipo cesa, las cámaras tambien, el enfriamiento crece y el enfermo termina en el colapsus.

Aquí la reaccion aunque abortada se manifestó un momento y el enfermo murió de urémia.

III

Período de estado—(álgido)—curacion

Vicente B,, italiano, 40 años, albañil, alojado en la cama nº. 36, sala «Dr. Doncel» y enfermo desde las 11 a. m., fué recibido á las 11 1/2 p. m. del mismo dia 18 de Noviembre.

Empezó con diarrea y vómitos que marcharon con tanta rapidez que á su entrada ya estaba frio, cianótico, sin pulso, áfono; es decir, sumerjido en ese estado de postracion suma que caracteriza la faz de estado de esta enfermedad;—inmediatamente de acostado, dos vómitos copiosísimos se suceden, temp. 35º 4.

Se instituye el mismo tratamiento que en los casos anteriores con muy pocas variantes.

Dia 19—Siete deposiciones y un vómito—el enfriamiento periférico ha disminuido mucho bajo la influencia de los baños que sin cesar se repiten; el pulso que por la mañana era imperceptible, aparece muy pequeño hácia la tarde, despues de algunas inyecciones de éter; la voz, la cianosis y la anúria persisten en su grado primero; la lengua que estaba muy pastosa, se seca y se presenta con su barniz saburral requebrajado; temp. a. m. 36º, p. m. 36º 7. La inteligencia se conserva y el enfermo acusa dolores á la region lumbar que aumentan por la presion. Se sigue el mismo tratamiento, solamente que se suprime la administracion hipodérmica del ópio, y se disminuye una pocion laudanizada que á veces tambien se le propinaba.

Dia 20—Cuatro deposiciones por la mañana que no se repiten por la tarde, los vómitos han cesado. La ca-

lorificacion vuelve á la piel que se pone mas elástica y va perdiendo su tinte azulado. El pulso mas notable marca 60 pulsaciones por la mañana y 68 por la noche. La lengua sigue bastante seca. El estado general se mejora; emision de orina espesa, densa, albuminosa; temp. a. m. 37° 4, p. m. 37° 3. Los baños se reducen á dos por dia, se suspende la pocion continuando las demás prescripciones.

Dia 21—Cinco cámaras, las últimas francamente mucosas, los vómitos siguen suprimidos; el pulso se torna sensiblemente normal—la orina apenas dá indicios de albúmina; el dolor renal ha cesado; temp. a. m. 37, p. m. 38° 5. Se ordena para tomar á pasto una infusion de raiz de colombo con bicarbonato de sodio (1 litro por 10 gramos.)

Dia 22—Los síntomas de la adinamia y algidez, han desaparecido por completo,—el aspecto general es muy bueno,—el pulso sigue latiendo regularmente de 68 á 72 veces por minuto; una sola deposicion biliosa en el dia; lengua mas húmeda pero aún cubierta de una capa blanquecina; temperatura a. m. 36.2, p. m. 36.6.

Dia 23—Sigue el mismo estado, pero el pulso ha perdido mucho en fuerza, está débil; ni cámaras, ni vómitos; se hacen 2 inyecciones de éter y se dá un baño.—Temp. a. m. 36.4 p. m. 36.6.

Dia 24—Mismo estado, el pulso mas lleno, 75 mañana y tarde,—la lengua se limpia en su punta y bordes; temp. a. m. 37, p. m. 38.5.

En fin, el enfermo continúa en el mismo estado, sin observarse esa reaccion exagerada hasta el dia 26 en que se declara la convalecencia.

IV

Período de estado—(álgido)—reaccion regular—curacion

N. N. italiano, 20 años, jornalero; sala «Dr. Doncel», núm. 15.

Este enfermo entrado el 20 de Noviembre, estaba muy grave: frio, cianótico, algo agitado, sin pulso y con sus ruidos cardíacos perdidos, presentaba una dísnea intensa que no podia ser referida á una lesion orgánica pulmonar.

Se le instituyó el tratamiento acostumbrado, consistente en inyecciones estimulantes, baños calientes, fricciones cutáneas, bebidas heladas en abundancia.

Dia 21—Mismo estado, sin pulso, sin orina, 4 cámaras, 4 vómitos, ambos característicos; temp. 36.9

Por la tarde, 2 deposiciones, ningun vómito, temperatura 36°.5.

Tratamiento del dia, el mismo de antes, mas la pocion de Riviere con cocaina, ventosas secas á la region renal.

Dia 22—Sigue el mismo estado; 3 deposiciones, temp. 35.5.

Tarde.—Ninguna deposicion, un vómito, lengua seca y cubierta de asperezas; la anúria persiste; un sueño pesado postra al enfermo, cuyos ojos no del todo cubiertos por los párpados dado su hundimiento, presentan las conjuntivas inyectadas y muy secas, temp. 37°. La gravedad del caso crece por minutos.

Dia 23—Ni cámaras, ni vómitos; noche intranquila y con lijero sub-delirio; el pulso se percibe hoy pero con mucha dificultad, tal es su pequeñez. La lengua en el mismo

estado así como el aspecto exterior. Se repiten las inyecciones de éter, hielo á la cabeza; temp. 36.4.

Tarde.—Las evacuaciones gastro-intestinales siguen suprimidas; el pulso se nota mas, temp. 37.3.

No hay duda que un principio de reaccion se inicia.

Dia 24—Ni vómitos, ni diarrea, lengua mas húmeda, pulso pequeño, tem. 37°. Sigue con el éter, el ópio hace tres dias que se ha retirado de la medicacion, pero se dan 3 baños diarios.

Tarde.—Todo igual por el lado del vientre, pero el estado general se mejora, la secrecion urinária se ha restablecido desde anoche, temp. 37, el pulso aunque pequeño dá 90 por minuto.

Dia 25—Persiste la sequedad del vientre y los demás síntomas se atenúan gradualmente temp. 36.6

Por la tarde igual, temp. 36.2; la lengua se limpia y se dá la pocion amarga alcalina; pulso 68 á 75, regular, temp. 37. Han habido dos deposiciones mucosas y teñidas por las bilis.

Dia 26—Sigue mejorando, temp. a. m. 38.5, p. m. 38.4, pulso de 80 á 95—una cámara igual á las de ayer. Sigue la pocion amarga.

Dia 27—Sed no muy intensa, cefalálgia, lengua pastosa pero húmeda, temp. de 38 á 38.4.

Dia 28—Mejor; temp. 37.6 y 37.2; una cámara fecaloídea.

De aquí en adelante hasta el 30 todo marcha regularmente hasta establecerse la convalecencia.

V

Período de estado (álgido)—reaccion tifoidea—eriripela curacion

Adela C., argentina, 19 años, costurera, Sala «Dr. Furts», núm. 17, entró el 25 de abril.

Enferma desde 24 horas con diarrea, vómitos, etc., etc. *Estado actual:* muy grave, enfriamiento, afonía, cianosis, hundimiento de los ojos, rasgos retraidos, postracion general, gran sed, temp. p. m. 35. 5, pulso perdido.

Tratamiento: baños á 40°, inyecciones de éter, fricciones trementinadas, hielo al interior y aplicado sobre el cráneo.

Dia 26—En el mismo estado; hay anúria y sudores frios y pegajosos, algunas cámaras y vómitos acuosos, las primeras riciformes. Sopor interrumpido por contracturas dolorosas de tiempo en tiempo; temp. a. m. 35.2 p. m. 36.1. Continúa el mismo tratamiento.

Dia 27—6 cámaras, las últimas mucosas, 8 vómitos, el pulso parece sentirse pero con mucha dificultad. El sopor ha sido sustituido por una exitacion contínua, con delirio de palabra, temp. a. m. 36, p. m. 36.5. Se añade á la medicacion el ópio en inyecciones hipodérmicas y en pocion, mas la pocion antiemética.

Dia 28—Menos enfriamiento, la inteligencia mejor; cuatro cámaras, 7 vómitos; gran emision de orina con sus caractéres típicos. El delirio ha continuado anoche, pero mas tranquilo; el pulso es mas perceptible, las contracturas mas raras. El estado especial de la lengua en estos enfermos existe tambien aquí. Temp. a. m. 37, p. m. 38.2. La cianosis ha disminuido progresivamente.

Dia 29—La reaccion progresa evidentemente, las cáma-

ras y vómitos han perdido su carácter primero, son menos copiosos y las deposiciones en especial se acompañan de pujos y tenesmo; temp. 37.7 y 38.2, el pulso contable ya llega á 90.

Dia 30—Noche agitadísima; mucho delirio, insomnio, 2 vómitos y 2 deposiciones biliosas aún sin olor fecal; orina roja, febril; lengua seca y cubierta con los dientes y encías de fuliginosidades. El rostro demacrado espresa el estupor, la adinámia se marca bien y el estado dicho tifoidea se pronuncia cada vez mas. Pulso frecuente 100 y 98, temp. a. m. 38, p. m. 39.6.

Se prescribe el calomel con ópio (dósis refractas) y hielo en la cabeza.

Diciembre 1º—Noche intranquila y delirante, pero mejor que ayer; sudores profusos—cefalálgia notable, dolores en las piernas, pulso frecuente, 1 cámara, 2 vómitos. En este dia aparece una lijera rubicundez sin gran tumefaccion en la mejilla izquierda, tocando en parte con los límites de la nariz, temp. a. m. 38.4, p. m. 39.9. Continúa el calomel y el hielo.

Diciembre 2—La rubicundez ha ganado en estension y está mas tumefacta, siendo el asiento de un escosor vivo por momentos; los ganglios submaxilares se entumecen y se ponen un poco dolorosos. La erisipela sobre añadida como complicacion es evidente, y concurre á modificar la reaccion tifoidea comenzante, temp. a. m. 38.6, p. m. 40. Sed, delirio tranquilo; persiste la intolerancia gástrica.—Sigue la medicacion, mas hielo al interior y fomentaciones de bicloruro de hidrargirio sobre la placa eruptiva que gana casi toda la cara y parte del cuero cabelludo hácia adelante.

El 3, 4 y 5 la lesion parece estacionaria y el proceso reactivo del cólera absorbido por esta nueva infeccion,

pierde su carácter para manifestarse con los síntomas de una erisipela cualquiera de forma tifoidea.

El 6 y el 7 la temperatura llega á 40.2 y aun á 41° por lo que para moderar la exaltacion nerviosa y la calorificacion misma, recurrimos á los baños á temp. de 38° y 37°, prolongados.

El 11 la declinacion empezada el 9, llegó á la normal y la enferma entró de lleno al período dicho de convalecencia.

VI

Segundo período—Parotidítis—Estomatitis—muerte

Celestina S., italiana, 37 años, del Manicomio de Mujeres, Sala «Dr. Furts» número 5.

Estado actual: demacracion, poco hundimiento de los ojos, cianosis apenas marcada, estremidades frias, anoréxia, sed, delirio, calambres, orina disminuida; muchas cámaras y vómitos; pulso pequeño, regular 97. temp. p. m. 36.5. Tratamiento el ya indicado.

Dia 3—Cinco cámaras 6 vómitos, mas postracion, orina 3 veces en todo el dia, pulso igual al dia anterior, pero el enfriamiento es menor y la cianosis no aumenta; temp. a. m. 36.8, p. m. 37.

Dia 4—Ni cámaras ni vómitos, pulso mas fuerte 90,—la cianosis desaparece, el calor se sostiene, el aspecto exterior ha mejorado; temp. a. m. 36.7, p. m. 36.5.

Dia 5—El mismo estado; la orina aumenta, el pulso aumenta en fuerza y frecuencia 102; dos cámaras que son mucosas, 3 vómitos que eliminan poco líquido. Aparecen sudores con piel caliente y aumento de sed; temp. a. m. 36.9, p. m. 38.

Dia 6—No hay modificacion: pulso 98 y 110, regular; temp. a. m. 37.8, p. m. 38.2; 3 cámaras fecalóidas ya. Se hace visible una tumefaccion de la parótida izquierda y la boca está cubierta de placas aftosas. La tumefaccion es dolorosa, y por la noche se manifiesta tambien en el lado opuesto. La alimentacion líquida de que se hace uso (leche helada, caldo, vino, etc.) se torna muy difícil por los dolores que produce. Desde este dia hasta el 10, la temperatura permanece entre 38 y 39, y ya se nota fluctuacion en ambas parótidas, que hacen necesaria su incicion. Mientras tanto, la alimentacion se hace cada dia mas difícil, la pobre loca languidece rápidamente: los colutorios, los lavajes antisépticos, los tónicos que se prescriben, quedan sin resultado. La adinámia aumenta y el movimiento febril persiste... hasta que sobreviene la postracion y la muerte.

VII

Período de estado (álgido)—curacion

Aparicio G.—Argentino,—30 años, — Soldado,—Sala «Pietranera» número 18.

A su entrada el 1° de Diciembre á las 4 a. m. presentaba: enfriamiento general, cianosis bien marcada, afonía, sopor profundo, sin pulso, sin orina en la vejiga, con una respiracion lenta y suspirosa, parecia mas bien un agonizante, que no era otro su verdadero estado.

Se le instituyó el tratamiento comun; empezamos por llenar las indicaciones mas urgentes, inyecciones de éter y baño á 40° seguido de fricciones estimulantes etc., acostándole luego con una bolsa de hielo á la cabeza.

Diciembre 2 — Ha reaccionado visiblemente: pulso aunque muy débil se percibe en la radial, la temp. a. m.

acusa 36.7 y p. m. 37.2; han habido 6 deposiciones no muy abundantes y 11 vómitos que se tratan de aminorar simplemente sin pretender suprimirlos, por la anúria existente. Por la tarde está mas despejado y se continúa insistiendo con la misma medicacion.

Dbre.	3—(a. m.)—	temp.	36.8—2	deposiciones	—1	vómito,	pulso muy	débil 84
«	«—(p. m.)—	«	37.2—2	«	—0	«	«	mas fuerte 72
Dia	4—(a. m.)—	«	36.4—1	«	—1	«	«	« 84
«	«—(p. m.)—	«	37.6—1	«	—0	«	«	« 72
«	5—(a. m.)—	«	37 —0	«	—«	«	«	« 72
«	«—(p. m.)—	«	36.7—2	«	—«	«	«	« 84
«	6—(a. m.)—	«	36.9—0	«	—«	«	«	« 72
«	«—(p. m.)—	«	37 —«	«	—«	«	«	« 84
«	7—(a. m.)—	«	36.7—«	«	—«	«	«	« 75
«	«—(p. m.)—	«	37 —«	«	—«	«	«	« 60
«	8—(a. m.)—	«	36.2—«	«	—«	«	«	« 60

Los signos de la reaccion apirética se mantienen del 2 al 3 de Diciembre, y los síntomas graves del principio fueron desapareciendo lentamente hasta el 8 en que entró al órden normal.

VIII

Período de estado, (álgido)—curacion

Juan R.—Argentino,—15 años,—mucamo,—Sala, «Dr. Doncel» número 8.

Comenzó su enfermedad en la mañana del 4 de Diciembre por diarrea, vómitos y calambres. Las espoliaciones fueron tan abundantes y frecuentes que en la tarde del mismo cuando llegaba á la Casa de Aislamiento, el período de estado, álgido ó asfixíco se presentaba con todos sus síntomas clásicos. La temp. á su entrada era de 35.1, sin pulso y momentos despues tres deposiciones se sucedieron en breve intérvalo.

Toda esa tarde y la noche fué empleada para estimular

la circulacion y calorificacion languidecientes, por los medios de que ya se ha hablado.

Dbre.	5—(a. m.)—	temp.	36.8—	pulso	muy pequeño—		camaras	3—	vomitos	0	
«	«—(p. m.)—	«	37.6—	«	«	—	«	1—	«	0	
«	6—(a. m.)—	«	36.7—	«	«	96	«	3—	«	2	
«	«—(p. m.)—	«	37.5—	«	«	96	«	2—	«	2	
«	7—(a. m.)—	«	37 —	«	«	84	«	2—	«	0	
«	«—(p. m.)—	«	37.5—	regular	«	78	«	3—	«	0	
«	8—(a. m.)—	«	36.1—	«	«	84	«	6—	«	2	
«	«—(p. m.)—	«	36 —	pequeño	«	95	«	6—	«	4	
«	9—(a. m.)—	«	36 —	«	«	82	«	4—	«	3	
«	«—(p. m.)—	«	37.1—	«	«	72	«	4—	«	6	
«	10—(a. m.)—	«	37.5—	regular	«	72	«	1—	«	1	
«	«—(p. m.)—	«	37 —	«	«	84	«	0—	«	0	
«	11—(a. m.)—	«	37.1—	«	«	75	«	0—	«	1	
«	«—(p. m.)—	«	38 —	«	«	84	«	2—	«	0	
«	12—(a. m.)—	«	36.5—	«	«	72	«	2—	«	0	
«	«—(p. m.)—	«	34.4—	«	«	72	«	1—	«	0	(sudor copioso)
«	13—(a. m.)—	«	35.9—	«	«	95	«	0—	«	0	idem
«	«—(p. m.)—	«	36 —	«	«	90	«	0—	«	0	

La emision de orina, escasa y sumamente densa el 7, se hizo lentamente mas abundante y clara, hasta el dia 12 en que se normalizó esta funcion.

Hácia el duodécimo dia del principio de la enfermedad y coincidiendo con la convalecencia, apareció una erupcion conjestiva de la que hablaremos en oportunidad.

La reaccion aquí fué lenta é interrumpida por exacerbaciones del proceso intestinal, que la modificaron en sus caracteres comunes. Además, hubo una sudacion profusa que á modo de crisis, vino á poner término á la evolucion activa de la enfermedad.

IX

Segundo período—proceso estraño—muerte

Juana N.—de 23 años,—lavandera,—Sala «Dr. Furts», número 20.

El comienzo de su enfermedad remonta mas ó menos al 1° de Diciembre y se inició por diarrea, vómitos, postracion, calambres. etc. A su entrada no se hallaba mal: pulso un poco pequeño, lijero enfriamiento, palidez mas bien que cianosis, dolores en el epigástrio é hipocondrio izquierdo, orina disminuida, vómitos que se repetian unos sobre otros aún durante el exámen, en fin, hipo pertinaz—temp. p. m. 36.5.

Esta enferma fué sometida al plan general del tratamiento indicado, solo que el ópio fué sustituido por el ácido tánico con salicilato de bismuto en *cachets* (1 ó 2 centíg. por 25 centig.) á tomar cada hora ó mas segun la intensidad de la diarrea.

Hé aquí ahora la observacion de los hechos principales que demuestran la reaccion y la reversión mas bien que recaida de la enfermedad.

	MAÑANA					TARDE				
	Temp.	*Depos.*	*Vóm.*	*Pulso*		*Temp.*	*Depos.*	*Vóm.*	*Pulso*	
D'bre 3—	37.1	7	5	muy pequeño		37.9	3	1	pequeño	98.
» 4—	37.5	5	0	regular	84.	37.9	8	0	regular	96. (El hipo desaparece
» 5—	37.2	0	0	»	78.	37.8	0	0	regular	84.
» 6—	37.6	3	0	»	75.	38.	4	0	»	95.
» 7—	36.9	8	2	»	88.	39.1	1	0	»	100.
» 8—	38.	2	0	»	80.	38.8	0	0	»	95.
» 9—	38.2	5	0	»	84.	39.3	3	0	»	96.
» 10—	38.	2	0	»	72.	38.2	5	1	»	84.
» 11—	36.7	4	0	»	72.	37.3	4	0	»	88.
» 12—	37.	1	1	»	96.	36.7	0	0	»	84.
» 13—	36.5	1	8	»	75.	36.8	0	7	»	96.
» 14—	36.9	1	7	»	96.	36.6	7	6	»	84.
» 15—	36.	5	3	»	84.	36.	5	4	»	88.
» 16—	36.	3	5	»	76.	36.5	0	1	»	84.
» 17—	36.2	0	1	»	84.	37.1	1	1	»	90.
» 18—	36.9	2	2	»	72.	36.2	0	2	»	74.
» 19—	35.	1	0	»	75.	35.5	0	1	»	80.
» 20—	35.5	0	2	pequeño	96.	35.2	0	0	»	72.
							Anúria, coma, etc.			
» 21—	35.5	0	1	»	88.	35.2	0	1	»	78.
» 22—falleció										

Esta forma de cólera de repeticion, no ha sido rara en esta epidemia y si alguna vez como se han observado algunos casos, han curado, la mayoría sucumbian á esta reagravacion de la enfermedad.

X

Segundo período—Curacion

Enrique N., italiano, albañil de profesion, de buena constitucion, 42 años; entró á la Casa de Aislamiento el 15 de Diciembre, ocupando la cama Nº 6, sala «Pietranera.»

Su enfermedad comenzó repentinamente con vómitos alimenticios primero, acuosos despues, luego cámaras que tambien pronto se tornaron líquidas y blanquecinas; calambres, sed, anoréxia, mucha postracion, he ahí sus síntomas á la entrada.

Presentaba además: pulso pequeño, imperceptible casi, enfriamiento notable, cianosis, hundimiento de los ojos, piel arrugada y sin elasticidad—voz muy disminuida—poca orina, ansiedad epigástrica, respiracion fatigosa, temperatura p. m. 36.2.

Es sometido al mismo tratamiento, sustituyendo el ópio por el acetato de plomo en la forma indicada por Graves;—lo demás igual.

	Cámaras	*Vómitos*	*Temperatura*				*Pulso*	
Dia 16—	12	8	a. m.	36.	p. m.	36.1	68 a 73	poca orina
» 17—	9	11	»	35.5	»	35.	suprimido	»
» 18—	7	4	»	35.6	»	35.4	»	anúria
» 19—	5	6	»	36.	»	36.7	muy pequeño	»
» 20—	2	1	»	37.	»	37.5	»	poca orina
» 21—	1	3	»	38.	»	38.9	» 96	»
» 22—	2	0	»	38.6	»	39.4	84 a 90	»
» 23—	0	1	»	38.	»	38.9	78 a 88	duirésis

	Cámaras	*Vómitos*	*Temperatura*				*Pulso*	
Dia 24 –	0	0	a. m.	37.2	p. m.	38.8	60 a 82	duirésis
» 25—	1	0	»	36.6	»	37.4	64 a 78	»
» 26—	0	0	»	36.8	»	37.2	72 a 80	»
» 27—	0	0	»	37.1	»	37.	72 a 78	»
» 28—	0	0	»	37.	»	37.2	70 a 76	»

Los demás síntomas marcharon paralelamente y la convalecencia no fué interrumpida.

CAPÍTULO VI

Consideraciones sobre la Enteroclísis

SUMARIO—Estudio general sobre las inyecciones por el recto.—De la enteroclísis.—Ideas del doctor Cantani sobre sus beneficios.—Es un agente curativo y profiláctico del cólera—Mecanismo de sus efectos segun dicho autor.—Eleccion del ácido tánico para la inyeccion y su fundamento experimental.—Conclusiones.—Primeros ensayos entre nosotros.—Resultados defectuosos obtenidos por el autor en un principio.—Sus causas.—Pruebas indirectas de la accion de los líquidos inyectados sobre el intestino delgado.—Opiniones diversas respecto de la altura á que pueden llegar en el intestino, las inyecciones hechas por el recto.—Esperiencias del doctor Hall y deducciones del doctor Brochin. — Esperiencias hechas en la Casa de Aislamiento.—Conclusiones.—No implican que la válvula ileo-cecal sea invencible.—Hechos que lo demuestran.—Consideraciones del autor sobre el pasaje retrógrado.—Del papel de la válvula en el pasaje.—Hechos clínicos que vienen en ayuda de esta interpretacion.

Otra série de enfermos correspondientes á los mismos períodos de la evolucion del cólera y que suman en todos 111, han sido sometidos al mismo tratamiento de que hemos hablado en el capítulo anterior, con la diferencia de que en vez de emplear el ópio, el ácido tánico, el subnitrato de bismuto, etc., como medicacion antidiarréica, se ha usado en su reemplazo la *enteroclísis.*

Este procedimiento del cual tanto se ha hablado en la última epidemia, ha despertado la atencion de los prácticos, dividiendo la opinion de muchos médicos que la consideran, ora como un remedio de gran utilidad,

ora como uno de tantos métodos que han tentado vanamente curar el cólera, y que se han visto surjir siempre en medio de las crueles epidemias que han asolado á los pueblos.

La idea de ir á atacar el cólera por el recto, no es seguramente, nueva en cuanto á la insólita eleccion del lugar para la administracion de los medicamentos, pero sí lo es, y bien nueva, relativamente al fin que por tal medio su autor ha buscado.

Los libros hipocráticos, en efecto, que a cada paso hablan del empleo de las lavativas en las mas variadas enfermedades, como la pleuresia, la neumonia, al principio de las fiebres, despues de las sangrías, etc., nos enseñan que tambien se prescribian en el *cólera seco*, en la disenteria, etc. Sydenham recomendaba las lavativas anodinas y particularmente las de *petit lait* en la disenteria, en el *cólera morbus*, en la diarrea, etc.

Despues, la mayoria de los médicos han continuado usándolas en las diarreas y constipaciones rebeldes en particular, pero nadie que sepamos, en la cantidad, en las condiciones y persiguiendo el objeto que la doctrina parasitária moderna ha pretendido, y por la que el *clysterio* ó *clysma* de los antiguos ha venido á ser sustituido por el *enteroclitor* del profesor Arnaldo Cantani.

Es este autor quien ha introducido en la terapéutica del cólera el empleo de la *enteroclísis*, á cuyo respecto se espresa en términos bien precisos en una nota titulada *L'Acido tannico per enteroclisi contro il cholera*, publicada en un periódico de Roma (1) y la cual debemos cuando menos estractar:

---

(1) *Giornale Internazionale delle Scienze Mediche*—Año VIII—Fasc. IX—1886.

Dice así:

«Desde el año 1884 he anunciado no solamente los optimos efectos de la enteroclísis tánica caliente (de 38° á 40°) contra los primeros síntomas del cólera y aun durante la enfermedad, sino tambien la razon por la cual el ácido tánico debia ser útil.»

Y la observacion de muchos casos han concluido por convencerlo, que la enteroclísis no solo detiene la enfermedad en sus primeros períodos y la cura á veces, sino que tambien *es el mejor remedio profiláctico contra el cólera, y al mismo tiempo el mas seguro*, á condicion de que los individuos sanos espuestos á la infeccion, la practiquen una ó dos veces al dia.

En efecto, si los bacilos *vírgulas* en estas condiciones, han logrado franquear intactos el estómago, deben encontrar al intestino en las peores disposiciones para poder vegetar, y si en tal caso es posible destruirlos antes de que hayan adquirido gran desarrollo, se comprende que se pueda llegar á prevenir y á truncar la enfermedad comenzante ó en su nacimiento; porque impidiendo ó retardando su vegetacion ulterior, se logra en un caso prevenir, y en otro atenuar el proceso mórbido, que es su consecuencia.

Es siguiendo este mecanismo cómo la enteroclísis cura y previene el cólera segun el profesor Cantani.

Ahora, como es evidente que no se puede obrar con eficacia sobre estos gérmenes alojados en el intestino, por la via gástrica, y como por otra parte, *sus esperimentos le han demostrado y asegurado* prácticamente que con el enteroclitor, *no tanto por la fuerza mecánica* sino mas bien por el *movimiento antiperistáltico* que se provoca, es posible superar la válvula de Bahuino y hacer llegar el líquido hasta debajo del píloro, y muchas veces hasta el estómago

mismo, resulta, que si se quiere *sin ilusion* obtener el medio de combatir al bacilo del cólera en el intestino, la *única via racional* para conseguirlo es *la del recto y el único agente el enteroclismo.*

La eleccion del ácido tánico como remedio á inyectar, tiene como se concibe, tambien su base científica, pues si los primeros ensayos microbicidas que el doctor Cantani habia encargado en 1884 al doctor Luigi Manfredi, no le dieron resultados constantes é idénticos, no sucedió lo mismo con los posteriores confiados al doctor Francisco Simone, que demostraron, que *el ácido tánico en la proporcion de 1 por 100 á la temperatura de 37°, mata completamente á los bacilos en las culturas en caldo despues de 2 1/2, 2 1/4 horas, y aun en la proporcion de 1/2 por 100* (á la misma temperatura) *que los mata al cabo de 6 horas*, y si no los destruye á todos, paraliza al menos su actividad vegetativa.

Estos hechos demuestran á juicio del referido autor «la importancia directa de la accion antibactérica del ácido tánico contra el bacilo *virgula* del cólera.»

Dados estos antecedentes, se comprende el modo de obrar que debe atribuirse al ácido tánico, cualquiera que sea la opinion que se admita respecto de la accion patogénica imputada á estos bacilos. Ya sea que el cólera produzca la muerte por las grandes pérdidas de agua y el subsiguiente espesamiento de la sangre, ya por el envenenamiento específico determinado por el bacilo mismo (al cual dicho autor dá gran valor), ó sus ptomainas, el ácido tánico obra como un microbicida, como una sustancia astringente, y tal vez, como antídoto químico por la formacion de tanatos insolubles (como sucede con los alcaloides vegetales tóxicos), destruyendo en todo caso sus propiedades mórbidas, y por lo tanto, deteniendo y suprimiendo la enfermedad. (Dr. Cantani).

Tales son en resúmen las ideas del inventor de la enteroclísis tánica contra el cólera, quien termina su importante nota con las siguientes palabras:

«No pretendo que el ácido tánico sea el mejor de los remedios posibles á encontrar contra el cólera (si bien que se emplea en el enteroclismo): pero *entre los metodos hasta ahora empleados, la enteroclísis tánica caliente, es ciertamente el mejor, como profiláctico, en el principio y aun en la enfermedad completamente desarrollada*. Es necesario sobre todo insistir con energía practicando una enteroclísis despues de cada evacuacion y usando siempre 10, 20 gramos de ácido tánico en dos litros de agua préviamente hervida y luego enfriada á 38 ó 40 grados, á la que se hará bien en añadir 30 gotas de láudano. No es necesario naturalmente, ni aun menos tener la necia pretension, que enfermos así tratados ninguno fallezca, para proclamar bueno y optimo al método, pues la quinina no cura á todos los enfermos de malaria, ni el mercurio á todos los sifilíticos.»

Entre nosotros la enteroclísis fué empleada primeramente por el doctor don Antonio F. Piñero en el Manicomio de Mujeres, luego por nosotros en la Casa de Aislamiento, con muy pocos resultados al principio, despues por el doctor don Juan B. Gil en Mendoza, en fin, por otros dignos colegas en las demás Provincias, etc.

Pero como hasta ahora no se ha publicado ninguna estadística respecto de sus resultados, sobre la cual pudiéramos apoyarnos al hacer estudios comparativos, tenemos naturalmente que esponer solamente el producto de nuestras observaciones personales.

La enteroclísis como método terapéutico esclusivo en el cólera, dijimos en el mes de Noviembre de 1886, en un artículo que á este propósito publicamos, es un tratamiento insuficiente y nuestros primeros ensayos fueron deplorables por esa causa únicamente tambien.

Y así era la verdad: la enteroclísis tánica empleada en los casos que se remitian á la Casa de Aislamiento, en esa época, casi todos despues del segundo período, como tratamiento único del cólera, no podia de ningun modo darnos resultados favorables.

La enfermedad en el período de crecimiento ó ya perfectamente establecida, supone el comienzo ó el desarrollo completo de los síntomas generales, es decir, que lo que algunos llaman la infeccion general estaba producida, y entonces si bien los efectos de la esterilizacion local podian aun disminuir su progreso, en cambio, no eran suficientes, como para moderar los resultados de una causa, que ya los habia originado ó estaban en todo su apogeo.

La enteroclísis sola en estas condiciones, no disminuia los vómitos, no contribuia á devolvernos el calor perdido, el pulso languideciente ó totalmente abolido; no podia aumentar la orina, de secrecion escasa ó completamente suprimida, ni oponerse por lo tanto á las manifestaciones graves de la urémia. En una palabra, la enteroclísis empleada aquí como un tratamiento específico ó causal, habia pasado de oportunidad y no podia en manera alguna, producirnos los benéficos efectos que muchos y nosotros mismos le reconocemos.

Tal fué la causa de nuestros insucesos al principio, contra los cuales pronto reaccionamos una vez que pudimos estudiar mejor la enfermedad y el remedio mismo, que tantas opiniones divergentes despertó en el cuerpo médico.

Muchos dudaban y entre otros el actual Dr. José A. Esteves, Sub-Director de la Casa de Aislamiento á quien me refiero, porque con el objeto de querer demostrar prácticamente la insuficiencia de este medio, hizo en mi presencia numerosos esperimentos en animales y en cadáveres

de coléricos, que debo señalar por cuanto se ligan íntimamente á esta cuestion clínica, y que para mi son una prueba de mas en pró de mis opiniones de entonces que se ratificaron bien pronto, dándome la clave del mecanismo y de la accion de este nuevo tratamiento.

En las frecuentes discusiones con que cada dia entreteníamos nuestros cortos ratos de ócio, un hecho real de importancia y bien observado dirigia siempre mi opinion, era éste: En los enfermos de cólera, no importa el período, pero con mucha diarrea, tratados por la enteroclísis, las cámaras disminuyen en número y en cantidad, modificándose casi siempre su aspecto.

¿Cuál podia ser la esplicacion de este hecho? Una de dos, ó habia que admitir que el cólera se acompaña de lesiones en el intestino grueso, donde nadie duda que alcanza el líquido inyectado, ó que como es lo ordinario, si las lesiones faltan aquí (en tanto que alteracion principal), la enteroclísis produce dichos efectos, porque el líquido inyectado se pone en relacion directa con el intestino enfermo, franqueando la válvula ileo-cecal, que mi colega con muchos otros ponen en duda.

La cuestion de saber la altura á que penetran en el tubo intestinal las inyecciones hechas por el recto, es muy vieja ya, pero no por eso deja de estar menos controvertida, siendo necesario no obstante, tentar su resolucion del modo mas exacto posible, para poder apreciar las ventajas del tratamiento que parece haber hallado en esta vía, el principal camino para atacar el cólera.

Galeno en su libro III habla de inyecciones que habrian subido tan arriba en el intestino como para poder ser luego espulsadas por el vómito.

Las esperiencias de Kerkrinsgug, segun Colson, habrian demostrado que la válvula puede ser vencida.

Cantani y muchos otros médicos italianos participan tambien de esta opinion fundándose en esperiencias.

Pero la creencia mas general que se vé espuesta en muchos tratados sérios, es que los líquidos inyectados por el recto no alcanzan mas que hasta la válvula de Bahuino, sin salvarla jamás, sea cualquiera, por otra parte, la cantidad de líquido que se emplee.

Con el objeto de darse cuenta de esta interesante cuestion á la vez anatómica, fisiológica y terapéutica, el Dr. Hall se dió á una série de ensayos, para determinar la altura á la cual podian llegar en el intestino las inyecciones hechas por el ano y, especialmente, la cantidad de líquido que los intestinos gruesos podian contener.

Estas esperiencias deben, aunque mas no sea resumirse aquí, para poderlas oponer con provecho á las verificadas en la Casa de Aislamiento con el mismo objeto por el Dr. Esteves.

En una primera esperiencia inyecta en el intestino de un cadáver, por medio de la jeringa de Read, cinco ó seis pintas (2 1/2 á 3 litros) de agua mucilaginosa que llenó completamente el intestino grueso, y franqueó la válvula.

En otra esperiencia tambien sobre el cadáver, ocho pintas de agua se introdujeron sin dificultad : el líquido recorrió toda la altura del intestino y llenó todavia una porcion del estómago.

La tercer esperiencia es en el vivo, en quien despues de haberse asegurado por la percusion, de la vacuidad del colon trasverso y descendente, practicó una inyeccion de cinco pintas de un líquido aceitoso. La percusion repetida despues, demostró un sonido mate en toda la estension de los colons.

Por último, un jóven sometido á idénticas investigaciones y acostado sobre el lado izquierdo, sufrió una inyeccion de tres pintas de líquido, en cuyo momento esperimentándose alguna resistencia, se suspendió la inyeccion, y la percusion enseñó que éste habia penetrado hasta el punto de union del colon trasverso y descendente. Luego el sujeto fué colocado sobre el lado derecho con el objeto de saber si el líquido se trasportaba hácia el colon ascendente y ciego, y en efecto, una nueva percusion evidenció un sonido oscuro en estas regiones, aclarándose, por el contrario, en los sitios antes mates; tres nuevas pintas se inyectaron luego, y despues de una emision de orina, el sonido se tornó claro en toda la estension del ciego y de los colons hasta la S. ilíaca.

¿Que es lo que debe inferirse de estas esperiencias, dice el Dr. Brochin (1) de quien las estractamos?

Que los líquidos inyectados en cierta cantidad por el ano pueden llenar la totalidad del intestino grueso, pero nada mas, porque estas esperiencias, como otras análogas, no autorizan á concluir que la válvula ileo-cecal haya sido franqueada, y que el líquido inyectado haya penetrado en el ileon.

Cita en apoyo de esta tésis la esperiencia que se repite todos los dias en los anfiteatros de anatomía, con el fin de desecar el intestino grueso, y que demuestran que la insuflacion del aire, aún á fuerte presion, distiende este intestino desde la ampolla rectal hasta la ampolla cecal, sin que jamás una burbuja de aire se escape á través de la válvula en el ileon; lo que como sabemos depende de la disposicion anatómica especial de esta válvula que se opone á dicho pasaje.

---

(1) Diccionario de Dechambre.

Segun este mismo autor, los hechos de que los líquidos ó los gases atraviesen esta válvula, dependen de cualquiera alteracion que modifique su funcionamiento normal, como las ulceraciones que la destruyen, los cuerpos estraños que se interponen entre sus lábios, como las materias fecales endurecidas, etc., y que, sin obstruir su luz, mantienen sus valvas separadas, y permiten concebir cómo un líquido impulsado con fuerza, puede en estas condiciones franquear este obstáculo, que es lo que ha de haber sucedido en las esperiencias del Dr. Hall. Pero M. Brochin, agrega: fuera de estas circunstancias escepcionales, es evidente que la válvula ileo-cecal presenta una barrera infranqueable al curso retrógado ó ascendente de los líquidos, y que es con justo título que ha sido calificada de *«barrera ó de columna de Hércules de los boticarios.»*

Vamos ahora á extractar tambien algunas de las esperiencias hechas con el mismo propósito en la Casa de Aislamiento sobre los cadáveres, porque las inyecciones colorantes realizadas en algunos moribundos, no han dado resultados dignos de consignar.

I.—Una série de 10 cadáveres de adultos sufrieron en la mesa del anfiteatro, la misma operacion á que algunos de ellos habian sido sometidos durante la vida, es decir, la enteroclísis. Unos estaban con las paredes del abdómen abiertas, otros no. En todos penetraron con la mayor facilidad 3 litros de líquido, y solo en uno en que se habia colocado un tubo de vidrio haciendo continuacion con el ileon, se le vió llenar de dicho líquido; en los demás, no se notó pasaje alguno. Pero llevando mas adelante la cantidad de la inyeccion, hasta 4, 4 1/2 y 5 litros, solo en dos se vió al líquido salvar la válvula, pero en forma de un pequeño chorro muy delgado. La insuflacion por el intestino grueso en todos estos casos, demostró su distension com-

pleta sin que una sola burbuja de aire pasara al intestino delgado.

II.—En un cadáver de un colérico datando de 9 horas, se estrajo el ciego con una porcion de intestino delgado y grueso. En seguida se inyectó por este último y á débil presion una cantidad de líquido con ayuda del enteroclítor, que hizo dilatar la ampolla del ciego sin que una sola gota de líquido salvara la válvula. Se ligó luego la estremidad libre del colon manteniendo en su interior el líquido que contenia, y así dispuesto, se practicaron presiones con ambas manos sobre sus paredes, hasta llegar á los últimos límites de su dilatabilidad, sin conseguir vencer la válvula.

III.—Se coloca un enteroclítor á 2 metros de altura y se liga una cánula á la estremidad libre del colon ascendente de un cadáver de colérico. Se abre la llave y el colon y el ciego se dilatan escesivamente, sintiendo la mano que lo sostiene crujidos en sus paredes.

Estas se ponen tensas y un pequeño chorro líquido atraviesa la válvula, á pesar de ser contínua y duradera la columna impulsada. Durante este tiempo el ciego ha permanecido dilatado y puede verse claramente que la túnica serosa se ha desgarrado en el sentido longitudinal, dejando una separacion de 6 centímetros en su parte media. Se insufla el ciego y sucede como en los casos anteriores: el aire no pasa la válvula.

IV.—Cadáver de colérico (muerte por urémia). Se hace la enteroclísis como si fuera en el vivo, pero estando el depósito á 2 metros de altura: penetraron 2 1/2 litros cómodamente. (Antes se habia hecho una incision conveniente para descubrir el ciego). La válvula no es franqueada. Se estrae en seguida el intestino grueso en su totalidad con el ciego, se estiende longitudinalmente sobre la mesa y se vacía. Se hace la inyeccion por el estremo rectal, de la que

se introducen 3 litros sin distenderlo casi. Se vuelve á llenar el enteroclítor y se hacen penetrar 1600 gramos mas: la dilatacion es mayor, pero la válvula no cede. La diferencia entre las cantidades de líquido en ambas esperiencias depende, de que en el primer caso el intestino contenia antes de la inyeccion muchas materias albinas, pues las esperiencias sucesivas han demostrado que de 3 á 3 1/2 litros por término medio en los adultos, son necesarios para llenar el intestino grueso, requiriendo en los cadáveres una cantidad mayor para distenderlo al punto de producir desgarraduras.

V.—Se estrae el ciego de otro cadáver en las mismas condiciones que el anterior; se inyecta siempre con el enteroclítor, una cantidad de líquido por el estremo libre del colon, y para obtener el pasaje de un delgado chorro al través de la válvula, es menester forzar la presion hasta el punto de determinar desgarraduras parietales; y esto no siempre.

VI.—En fin, un cadáver de niño de 11 años, admite 1250 gramos, en cuya cifra se detiene un momento la columna liquida, y cuando sumaban 2000 gramos y el ciego se presentaba muy tenso, el líquido comenzó á pasar. Se estrae luego el intestino, se vacía y se procede como en los casos anteriores: entran 1500 gramos sin salvar el obstáculo, pero cuando la cantidad impulsada marcaba 2250 gramos y el enteroclítor se hallaba á 80 cent., comenzó el pasaje. La insuflacion mostró la integridad de la válvula.

Estas esperiencias parecen inducir á las siguientes conclusiones:

1º La cantidad de líquido que el intestino grueso puede soportar sin peligro, varía con los individuos y con las edades, siendo en los adultos de 3 á 3 1/2 litros por término medio.

2º Las válvulas ileo-cecales intactas no se dejan fran-

quear por lo menos en una mitad ó tal vez mas de los cadáveres recientes de los coléricos y cuando lo permiten, es cuando la presion del líquido que distiende sus paredes amenaza su ruptura.

Tales son los hechos principales que estos ensayos enseñan, revelándonos los peligros de querer á todo trance vencer la resistencia que á veces naturalmente opone la válvula de Bahuino, empleando grandes cantidades de líquido y altas presiones que pueden comprometer la integridad de las paredes intestinales, lo cual se hará mas evidente cuando tratemos de la anatomía patológica, en que se verán casos de perforacion imputables á la enteroclísis.

Pero estos resultados que yo admito y que se deducen de las esperiencias referidas, no significan ni quieren decir, que en el cadáver mismo y con mayor razon en el vivo, los líquidos inyectados por el recto, no puedan franquear la válvula, la barrera de los boticarios, sin tener que elevar tanto la presion, ni introducir esas enormes cantidades de líquido, que seguramente comprometen la estabilidad de las túnicas intestinales.

En efecto, en los casos mencionados cuando el líquido atraviesa el obstáculo de la válvula, supuesta intacta, (porque hay casos en que se encuentra alterada, edema, ulceracion, etc.,) es porque la distension se eleva hasta el punto de determinar una verdadera insuficiencia, y entonces el líquido que surge, es un chorro delgado que sale al través de los lábios lijeramente separados de las valvas periféricamente distendidas en su insercion fija, diremos, siendo necesario alcanzar este resultado mecánico para obtener un pequeño escape. (1)

---

(1) Como por la insuflacion es mas difícil llegar á ese límite, resulta que válvulas franqueables por los líquidos á tal presion, dejan de serlo por la insuflacion.

Pero ese pasaje se logra en mas cantidad y en mejores condiciones, si al mismo tiempo que se sostiene simplemente lleno y sin gran presion el intestino grueso, se comprimen los líquidos ó gases alojados en el intestino delgado. Entonces estos líquidos y estos gases al salvar la válvula hácia el colon, la abren como normalmente sucede, aprovechando este momento los contenidos en el colon que se hallan en los casos ordinarios de la enteroclísis sometidos á una presion sostenida, para precipitarse hácia el ileon por dicha abertura. Cada ampolla de gas ó de líquido que del intestino delgado se presenta para pasar al grueso, abre la válvula y crea un instante de oportunidad para el pasaje del líquido en sentido inverso.

En el curso de las esperiencias enunciadas se ha visto muchas veces reproducirse este fenómeno, que al principio no se le reconoció gran valor.

En el vivo este hecho se debe manifestar con mayor frecuencia.

Y en verdad, cuando yo admitiendo la teoría del Dr. Cantani de que el líquido impelido por el enteroclítor salvaba la válvula menos por presion mecánica que por los movimientos antiperistálticos que el agua á 40° de temperatura puede determinar, se me objetaba que todo órgano cuya funcion trata de provocarse ó de estimularse, debe cumplir sus actos en el sentido á que normalmente esté destinado, lo que supone decir, que en la interpretacion anterior los movimientos que se despertarian serian peristálticos y no antiperistálticos; y esta observacion producto de una ley fisiológica reconocida, vino precisamente á esplicarme este estraño fenómeno clínicamente demostrado ya de un modo indirecto, iluminándome sobre el mecanismo mas probable que emplea el

líquido inyectado por el recto para franquear este obstáculo aparentemente invencible.

El agua de que se hace uso en la enteroclísis se encuentra comunmente á la temperatura de 38° á 40°, y aunque se hallase á la temperatura ordinaria, obra sobre las fibras del intestino, ya sea por dicha temperatura, por su presion, en fin, por su presencia misma, determinando contracciones en el sentido normal, es decir, movimientos peristálticos que deben sucesivamente irradiarse á grandes secciones del tubo dijestivo. En el momento de la operacion, los enfermos por recomendacion del médico, procuran contener el líquido que sucesiva y lentamente va llenando sus intestinos gruesos, pero como en el mismo instante las contracciones intestinales propagadas hácia arriba impulsan los líquidos que con tanta abundancia y casi constantemente se producen en el cólera, y los gases que en grandes ó pequeñas ampollas interceptan su continuidad, resulta, que al presentarse estas materias á pasar del intestino delgado al grueso siguiendo su curso normal, abren necesariamente la válvula, por la cual puede precipitarse una mayor ó menor cantidad del líquido introducido con un fin terapéutico.

Dichos efectos se obtendrán probablemente con tanta mas seguridad cuanto que las presiones (que resultan de causas diferentes) sean mas desiguales en ambos departamentos; á condicion sin embargo que la influencia mecánica ascendente no sea exajerada, porque entonces además de comprometer la integridad del órgano, se dificulta el que la contraccion que propulsa la masa líquida del intestino delgado, pueda entreabrir la válvula.

Los esperimentos realizados por nosotros para confirmar esta interpretacion, no han dado resultados siempre uniformes, y los cadáveres de que hemos dispuesto despues (generalmente variolosos), nos han presentado la

estraña coincidencia de ofrecer válvulas franqueables, y como se sabe, para los fines de nuestra investigacion necesitábamos, por el contrario, que la válvula fuera invencible. Uno solo entre 10 casos, nos ofreció esta condicion, pero no pudimos producir el pasaje manipulando sobre las paredes del intestino delgado con el objeto de imitar los movimientos peristálticos que deben presidir al fenómeno indicado. Este resultado no nos estrañó por cuanto en otros ensayos tambien hubimos de esperimentar las mismas dificultades; es que toda esta cuestion mecánica está influenciada por el dinamismo orgánico que solo la vida puede manifestar en sus formas fisiológicas.

El cadáver no es un instrumento convenientemente dispuesto para ensayos de este género, aun cuando nos suministre elementos para apreciaciones de otro órden.

Es indudable que las materias progresan en el intestino bajo la accion de fuerzas determinadas que tienen á las fibras musculares por instrumentos directos, bien difíciles de suplir en los cadáveres. Es indudable tambien que las fibras musculares de la base de las valvas de la válvula, dispuestas en dos planos á causa de la reflexion del intestino delgado invaginado, pertenecen á este último intestino y que no han de estar allí ociosas, debiendo contrariamente desempeñar algun papel activo.

¿Cuál es éste? Aun no está bien esplicado, pero si ellas como los anatomistas sostienen no son mas que una continuacion de las fibras circulares del ileon, es menester que como éstas se contraigan ellas tambien, y que al realizar este acto abran en vez de cerrar este opérculo; pues, si actuaran de otro modo, impedirian la marcha normal de las materias impulsadas del ileon. Si esto fuera tal cual la anatomía y la fisiología lo hacen presumir, hallaríamos un elemento de mas que nos permitiría comprender cómo el

agua caliente lanzada por el enteroclítor hasta el ciego, obrando sobre las fibras lisas intestinales, alcanzaria en este sitio á crear nuevos medios que facilitaran el pasaje retrógrado.

A parte de todo ¿no está probado que en determinadas enfermedades, las materias fecales del intestino grueso refluyen hasta el estómago? Si tal fenómeno se produce en dichas afecciones constituyendo un signo diagnóstico de gran valor, no puede caber duda de que los líquidos inyectados por el recto en determinadas condiciones, puedan igualmente franquear la válvula, como sucede en el cólera, en que además de las circunstancias creadas por el remedio, está la alteracion del intestino mismo, estendida muchas veces hasta dicha válvula, que al decir de algunos autores, como hemos visto, seria la única condicion posible de éxito.

CAPÍTULO VII

Del empleo de la enteroclísis en el cólera

SUMARIO—Ventajas del tratamiento con la enteroclísis.—Condiciones de éxito.—Estudio de los agentes preferidos para inyectar: ácido tánico y sales mercuriales.—Preferencia del autor por el bicloruro de hidrargirio.—Ventajas.—Medios fáciles para oponerse á su absorcion.—De la cantidad de líquido á inyectar y su dosage.—Manual operatorio del autor y precauciones de que debe rodearse en determinados casos.—Efectos inmediatos de la enteroclísis y su accion sobre la diarrea.—Modificaciones que ésta esperimenta.—De la necesidad de llenar convenientemente las demás indicaciones —De su empleo en los coléricos del segundo y tercer período.—De las circunstancias que obligan á limitar su aplicacion, particularmente en el tercer período.—Cómo es que debe graduarse su administracion.—Consideraciones clínicas que se deducen del empleo de este tratamiento.—Rareza de la reparacion de forma tifoidea en los casos curados por la enteroclísis.—Interpretacion del autor.—Del papel del veneno y de las lesiones por él producidas, en su relacion con la evolucion de la enfermedad.—Conclusiones del autor sobre la enteroclísis.—Esposicion de 111 casos prácticos.

Con tales conocimientos y teniendo en cuenta el proceso mórbido que debíamos combatir, hicimos uso de la enteroclísis, no tanto como un específico sinó como un remedio útil en ciertos períodos de la enfermedad, la que además de la facilidad de su administracion, reunia otra ventaja, dudosa y muy difícil de obtener con otros tratamientos, en que hay que contar con un elemento esencial, la absorcion, que está casi siempre ausente, y que en determinados momentos se encuentra absolutamente abolida.

La enteroclísis nos habia enseñado, que era posible disminuir la diarrea y modificar la naturaleza de sus productos, en virtud de propiedades que á falta de conocimiento mejor, pueden sin embargo esplicarse, ya sea por la destruccion del gérmen animado que la origina, ya tambien por las propiedades antisépticas de las sustancias empleadas sobre la mucosa atacada, obrando en este caso como un tópico útil contra la principal lesion anatómica.

Aquí como en el tratamiento ordinario preconizado antes de ahora contra el cólera, los resultados dependen de la oportunidad con que esta medicacion se inicia relativamente al principio de la enfermedad.

Un solo caso como lo demuestra la Observacion XLVII de los enfermos tratados por este medio, correspondia al primer período del cólera; y los resultados obtenidos que se evidenciaran tambien al ocuparnos de los casos del período de crecimiento de la enfermedad, son tan halagüeños, que parecen á la vez que sancionar la teoría patogénica que coloca su punto de partida en la última porcion del intestino delgado, la verdad sobre la accion del medicamento por este método tan directamente aplicado.

Nosotros no empleamos la enteroclísis tánica, porque habiéndonos dado tan pocos resultados al principio con su uso esclusivo, preferimos al volverla á ensayar, elejir otra sustancia mas activa sin duda bajo el punto de vista parasiticida, y que es hoy de un uso general como antiséptico.

Dimos la preferencia al bicloruro de hidrargirio solo, y no á su mezcla con el ácido tánico, de que otros como el doctor Gil hacian uso, porque de esta mezcla resultaba una combinacion que parecia alterar á simple

vista la transparencia y coloracion del líquido; y por otra parte, si lo que se queria era esterilizar el intestino destruyendo todos los gérmenes patógenos y sus productos orgánicos mas ó menos tóxicos, de emplear algun agente, debia buscarse aquel cuyas propiedades en este sentido, estaban universalmente admitidas.

Además, contando con la rápida eliminacion del líquido introducido (porque hay que decirlo, la enteroclísis en la forma y cantidad que nosotros la hemos practicado, es una inyeccion intestinal, inmediatamente seguida de su espulsion al esterior, en cantidades que hemos tenido buen cuidado de anotar, para poder saber siempre la relacion entre lo introducido y eliminado. Véanse las Observaciones), contando, decimos, con su neutralizacion por la combinacion con las materias albuminoideas del intestino, en fin, con la posibilidad que existe de destruir en cualquier momento su accion tóxica, cuando por acaso, como escepcionalmente ha sucedido, se retiene una regular cantidad de la solucion inyectada, haciendo una nueva enteroclísis con agua albuminosa, etc., el bicloruro de mercurio de que nos hemos servido en la generalidad de los casos, se ha mostrado siempre inócuo bajo el punto de vista de la toxicidad que las sales activas como ésta, harian teoricamente suponer. La solucion que nosotros hemos usado, ha sido comun á casi todos los enfermos, y dosada de la misma manera, procurando siempre introducir 3000 gramos, salvo en aquellos casos especiales que por razon de la edad, del tamaño del cuerpo, de las complicaciones, de su intolerancia, etc., se debia modificar, segun se especificará en las observaciones respectivas.

La fórmula de dicha solucion que siempre se empleaba á una temperatura oscilando al rededor de 40°, era la siguiente:

Agua destilada.................. 3000 gramos.
Bicloruro de hidrargirio......... 0.50 centígramos.

(Para usar con el enteroclítor).

La cantidad de 3000 gramos que era el máximum que solíamos inyectar, tenia su fundamento en las esperiencias preliminares que nos habian enseñado, que esta cantidad que no todos resistian en totalidad, era suficiente y completamente inofensiva, siempre que no se procediese con violencia y se quisiera á todo trance introducirla.

En los niños la cantidad variaba segun la edad y tamaño; se inyectaban 200 gramos, 500, 700 y hasta un litro y en todo caso, tanto en ellos como en las mujeres y adultos, el operador se guiaba por las sensaciones del enfermo, por el mayor ó menor desarrollo del vientre que con la mano mantenida sobre el abdómen se podia graduar, y principalmente por la tolerancia de cada cual, sin nunca pasar de una dósis fijada de antemano, cuyo máximum como se ha dicho no pasaba de 3 litros.

El aparato instrumental que hemos usado es muy sencillo: es el enteroclítor del doctor Cantani, y en los niños y algunas mujeres, un propulsor formado de las peras de la bomba gástrica que es mas fácil de trasportar porque no necesita depósito especial. No hemos necesitado la sonda rectal; nos bastó siempre el mismo tubo de cauchouc untado de glicerina, vaselina y aun simplemente mojado en agua.

No hemos dado tampoco mucha importancia á las grandes alturas á que algunos piensan que se debe colocar el depósito, lo que significa una mayor presion. Todos nuestros enfermos acostados sobre el lado derecho de preferencia al izquierdo, recibian esta enorme

lavativa teniendo el depósito colocado á algunos decímetros por encima de su nivel y allí se mantenia mientras el líquido penetrara; si se detenia, se retiraba ó se introducia mas el estremo rectal del tubo, y si apesar de esto la columna quedaba inmóvil, entonces se comenzaba á levantar el depósito, hasta que el líquido volviese á seguir su curso; el ascenso del depósito se hacia con lentitud, teniendo el operador la llave en la mano para estar siempre listo á obturar la corriente al primer aviso.

Inmediatamente despues de la operacion, cuando mas algunos minutos, los enfermos no podian resistir al deseo de eliminar tamaña inyeccion, y muchos la devolvian antes de haber terminado la introduccion total. El líquido eliminado, siempre que se podia, era recojido en vasijas limpias dispuestas al efecto: 1º para medir su cantidad y 2º para poder apreciar las modificaciones que esperimentaba. Y es de este modo cómo hemos visto que una inyeccion de 3000 gramos ha sido seguida de una espulsion de 3800, y hasta de 4000 en muy pocos casos, lo que venia á indicar la gran masa trasudada en el intestino; pero en la mayoria, como lo demuestran las Observaciones, la cantidad de líquido inmediatamente espelido era menor en 100 y 200 gramos, los que seguramente se eliminaban luego con las primeras deposiciones. Es de este modo como hemos visto al líquido claro y transparente que introducíamos, volverse blanquecino y turbio con copos que se precipitaban al fondo, con filamentos mucosos y aun seudomembranos sobrenadando; en otros el agua devuelta era color agua sucia mas ó menos oscura, en otros, pero pocos, semejaba una maceracion de carne diluida, en fin, en algunos, como puede verse en la historia clínica, los líquidos espulsados eran francamente sanguinolentos.

El primer efecto que la enteroclísis produce, es una sensacion de plenitud que va sucesivamente aumentando hasta el punto de hacerse intolerable en algunos casos; en otros, esta sensacion concluye por acompañarse de un dolor estraño y de un deseo de defecar inaguantable; en otros, por último, determina verdaderos dolores cólicos; pero en todos cuando se procede con lentitud y solo se introduce la cantidad tolerable, de 2 á 3 litros, este remedio es bien soportado y no presenta grandes inconvenientes, á no ser en el bello sexo que esperimenta por él algo como una repulsion esplicable.

A medida que el líquido penetra y vá llenando las ansas intestinales, el vientre aumenta de volúmen, y se abomba; la percusion puede denotar la marcha de la onda y sus límites; y con estos síntomas coincide la dificultad en los movimientos del diafragma, que hacen que la respiracion se apresure; que la circulacion periférica cuando existe, se modifique, etc.; pero en suma, son alteraciones transitorias que pronto pasan y que no repercuten sobre las demás funciones de un modo sério.

Como se ha dicho, el líquido es rápidamente espulsado en una ó dos cámaras que se suceden con muy corto intérvalo, y sea cualquiera la cantidad espelida, sobreviene despues un período de pausa que generalmente se prolonga por mas tiempo que el que antes las separaba, presentando por regla general las primeras deposiciones que las siguen, los mismos caracteres de la primera deyeccion; luego comienzan á disminuir en cantidad y á modificar su aspecto.

Es comun en los casos del segundo período que despues de 5 ó 6 cámaras, éstas se tornen muco-serosas, conservando en los casos felices dicho aspecto hasta aparecer teñidas por la bilis y con cierto olor fecal, que anuncia la suspension ó atenuacion de la trasudacion

específica. En otros á la inversa, pero son los menos, no sufren cambio alguno ni aun despues de muchas inyecciones repetidas.

Cuando á consecuencia de esta operacion era de importancia la cantidad retenida y se prolongaba al punto de hacer temer una intoxicacion, lo que solo hemos visto en 2 ó 3 casos, hacia practicar inmediatamente una nueva inyeccion con agua albuminosa para neutralizar los efectos posibles.

Si las cámaras anunciaban la destruccion de la mucosa y la produccion de ulceraciones que se debian presumir á la aparicion de las enterorrágias, entonces éramos mas prudentes en el uso de este remedio, y al repetirlo, suprimíamos el bicloruro de hidrargirio y lo reemplazábamos por el percloruro de fierro en solucion (segun las fórmulas insertas en los casos especiales de que hablan las Observaciones); y hemos podido apercibirnos bien de los escelentes resultados que dicha sustitucion producia, cohibiéndolas, sin abandonar por esto el tratamiento habitual que aun en estos enfermos no debe omitirse (hielo al vientre).

Este es el procedimiento que hemos seguido al ensayar este nuevo método de tratamiento y los principales resultados inmediatos que han sido su consecuencia.

Nos corresponde ahora estudiarlo en sus aplicaciones particulares en los diversos casos que hemos tratado.

Dejando de lado toda teoría y ateniéndonos á lo que la observacion nos fué dia á dia demostrando, debemos adelantar que la enteroclísis constituyó el remedio que sustituimos en el tratamiento de que nos hemos ocupado (capítulo V), al ópio, al tanino, al bismuto, etc: en la indicacion para aminorar la diarrea y nada mas que para esto. No dejamos de comprender que aunque esto sea

ya un gran resultado en caso de obtenerlo, seria nuestro deber buscar la razon de dicho efecto y esplicarlo.

Pero antes, es justo hacer un pequeño paréntesis y decir que la introduccion de este nuevo método en la terapéutica del cólera, no supone disminuir en nada las indicaciones que esta enfermedad impone, ojalá fuera así! pero si dejándonos llevar de la teoría y de las pretensiones tan selectas como ideales de aquellos que cegados por las luces bien brillantes que arrojan sobre la medicina los conocimientos actuales, sobre la patogénia de las enfermedades infecciosas, olvidáramos al enfermo ante el microbio destructor, tendríamos que cambiar nuestro modesto ropage de médicos, que solo tenemos enfermos á la vista, para investirnos con las prendas de un vulgar cazador.

La enteroclísis, no hay duda, puede obrar sobre el elemento primero, el mas esencial é indispensable del comienzo de la enfermedad, pero no sobre el proceso totalmente desenvuelto. Esto no es todo; entre el animáculo ú hongo invasor que irrita el intestino y lo destruye, está todo un conjunto orgánico mas perfecto, compuesto de instrumentos mas delicados, cuyo funcionamiento compromete paralelamente y concluye por acarrear la muerte por su desequilibrio esclusivo.

¿Qué nos valdria ahogar esa pululacion parasitária, si no podemos devolver á la sangre los elementos perdidos?

¿Qué nos importaria suprimir la causa de irritacion tremenda, cuando los efectos graves que indudablemente de un modo ú otro son su consecuencia, han llegado á un grado en que las principales funciones de la vida amenazan estinguirla?

Sin desconocer como no se ha desconocido nunca, que la diarrea en el 1° y 2° período del cólera representa la

indicacion capital, hay que acordarse tambien de otras indicaciones igualmente importantes una vez presentes, porque su olvido significaria ignorar el encadenamiento mórbido que preside al desarrollo de la enfermedad total, que es la que debemos combatir y no un solo síntoma, que bien que inicial y de suma trascendencia, concluye por ser un accidente relegado al segundo plan y muchas veces benéfico, que es necesario saber conservar.

La enteroclísis en el primer período del cólera que es la época que con mas dificultad le sea dado al práctico alcanzar en la mayoria de las epidemias, es uno de los remedios que no debe ser echado en olvido, puesto que es capaz de detener el proceso mórbido casi de golpe.

Uno solo de nuestros enfermos en este período pudo ser tratado por este medio, pero como en dicho grado de la evolucion colérica casi todos los tratamientos son buenos, porque las lesiones en sí mismas son muy rudimentarias, se presenta la oportunidad de preguntarse cuál seria el mejor. En verdad, si todo lo que sabemos de esta enfermedad es cierto, no puede trepidarse, entre el ópio, el ácido tánico, el acetato de plomo, etc., la enteroclísis debe ser la preferida; pero ¿quién en esa época de un padecimiento que apenas se dibuja con líneas tan dudosas, admitirá un remedio tan aparatoso y al parecer tan grande contra una enfermedad tan pequeña?

Un médico, un convencido lo solicitará tal vez, pero ¿las personas que generalmente forman nuestra clientela, lo admitirán del mismo modo, cuando muchas veces se resisten ante la mas humilde é inocente lavativa?

Yo por mi parte lo dudo, y creo que muchos preferirian esperar á convencerse mas de la realidad de su enfermedad, tomando cualquier medicamento, que someterse á la enteroclísis.

Y sin embargo, sabemos que es precisamente en esa faz que este agente puede dar el mayor resultado.

Por consiguiente y apesar de esa resistencia que este remedio hallará y ha encontrado ya en casos que me pertenecen, en la clínica diaria, debemos recomendarlo y preconizarlo, porque al fin es nuestra mision y solo se trata de una medicina como cualquier otra.

En nuestros casos del segundo período, los buenos efectos de la enteroclísis empezaban á disminuir, para hacerse menos útiles en el tercero, en que puede llegar á ser completamente ineficaz.

Recuérdese que en este segundo grado del mal, los enfermos tienen vómitos, que el enfriamiento comienza á invadir el cuerpo, que la orina está disminuida y puede hallarse ya abolida, que la circulacion decae á pasos rápidos, etc., y que todos estos síntomas no pueden ser directamente influenciados, llenando solo la única indicacion causal que la enteroclísis es susceptible de alcanzar.

Es por esto que en este grupo de casos que sumaban en todo 48, empezábamos nuestro tratamiento teniendo en cuenta estas consideraciones, es decir las indicaciones actuales del enfermo.

Como se vé, ha sido en realidad un tratamiento mixto mas bien que un método esclusivo el que nosotros hemos practicado.

Si la circulacion se ejecutaba anormalmente y con esa debilidad que tiende cada vez mas á acentuarse, hacíamos practicar inyecciones hipodérmicas estimulantes en la forma y dósis designadas anteriormente; si el descenso de la temperatura y la cianosis empezaban á marcarse, prescribíamos los baños calientes, las fricciones, la colorificacion artificial; exactamente lo mismo como los

casos estudiados bajo el epígrafe de tratamiento comun. Nos empeñábamos por disminuir los vómitos, y sobre todo la diarrea, si como es comun, las cámaras abundantes y frecuentes se repetian golpe sobre golpe. Para atacar este último síntoma era que empleábamos la enteroclísis en las condiciones ya referidas, guiándonos siempre sobre su frecuencia y cantidad por el estado de la urinacion, y cuando ésta amenazaba detenerse, alejábamos los intérvalos de las inyecciones sin suprimirlas del todo, y aun á veces cesábamos en su empleo en virtud de las razones antes espuestas.

En esto nos alejamos de la práctica tan recomendada por el doctor Cantani, de hacer una inyeccion despues de cada cámara. Contrariamente, nosotros luego de iniciado este tratamiento, esperamos que dichas cámaras se repitan 2 ó 3 veces antes de hacer una nueva inyeccion, porque creemos que procediendo de esta manera, es mas fácil graduar sus efectos y dar tiempo á que otras indicaciones puedan ser tambien oportunamente cumplidas. Pero si nada urge, si nada en el estado actual del enfermo nos obliga á modificar esta táctica, seguimos empleándolas en esta forma, que nos autoriza la práctica y el resultado obtenido, el cual nos conduce á considerarla como un escelente remedio contra este síntoma alarmante por su insistencia á veces.

Tal es la práctica que hemos seguido con los enfermos del segundo grado, y como se verá cuando hagamos el cómputo y el paralelo estadístico de los diversos tratamientos empleados por nosotros en esta enfermedad, dicha conducta no puede menos que halagarnos.

En los casos del tercer período ó de estado del cólera, tambien hemos recurrido á la enteroclísis, pero con mas

cautela, en atencion á que son otras las indicaciones que dominan la escena.

Aquí como se ha dicho, el desastre ocasionado por la espoliacion gastro-intestinal, ha llegado á su colmo y las deyecciones en sí, lo mismo que las lesiones locales del intestino, representan un accidente en que la oportunidad de combatirlos ha pasado, puede decirse, de época.

Sin embargo, no siempre es así, y se vé muchas veces que los enfermos cuyas fuerzas buscan reconcentrarse para reaccionar, ser de tiempo en tiempo aniquilados por las deposiciones que aun persisten en su tarea destructora. Si esto sucede, la enteroclísis puede todavia tener su importancia y no debe ser abandonada, porque aun es posible dominar esta fuente que se sostiene en pura pérdida; y en caso de practicarla, es menester con mas razon que antes, guiarse por el estado de la secrecion urinaria que ordinariamente se halla bastante comprometida.

La curabilidad en este período del cólera, lo hemos dicho, es debida menos á la medicacion que generalmente se recomienda, que á las condiciones individuales de los atacados, incluso la enteroclísis. No obstante, todos aquellos medios tendentes á devolver las fuerzas, el calor, el agua (inyecciones intravenosas, hipodérmicas, intra-peritoneales, intra-traqueales, etc.) que falta á la sangre espesada y densa que no alcanza á movilizar regularmente el corazon desfalleciente, son agentes útiles en este período, sobre los que es necesario saber insistir é insistir aunque la enfermedad halla llegado á ese estado en que los atacados se convierten en moribundos. Cuántas veces se ha visto á estos cuerpos casi inertes, volver á la vida gracias á esta práctica reconocida benéfica por todos los que han tenido ocasion de emplearla sin desmayar!

Existen además algunas consideraciones clínicas que se ligan á la enteroclísis y que debemos hacer notar antes de dar término á esta cuestion. Y estas consideraciones que se refieren á la duracion de la enfermedad y á la modalidad especial de su terminacion, vienen á probar hasta dónde es posible y de un modo indirecto, el sitio sobre que actúan los remedios por tal procedimiento administrados, las causas que mas comunmente prolongan la duracion de la evolucion colérica, y finalmente, el modo de obrar de los agentes preferidos en dicha operacion.

Y en efecto, si en los coléricos tratados por la enteroclísis, ya como método esclusivo, ya como un poderoso ayudante, la enfermedad no parece modificarse en aquella faz que corresponde á su período activo (salvo el caso de suspension del proceso mórbido en sus primeros grados), es decir, hasta que la reparacion se anuncia, en cambio, de aquí en adelante se observa un hecho de importancia suma, y es que elperíodo reactivo ó de reparacion no solamente es mas corto y se efectúa de un modo gradual, sino que además, muy rara vez se acompaña de esa modalidad tifoidea, que por su gravedad suele aumentar el catálogo de la mortalidad. Consultando á este respecto las Observaciones que consignamos, se echa de ver que la complicacion referida, no se presenta sino de un modo excepcional.

La reparacion en estos casos se verifica de una manera gradual, sin fiebre y lo que es mas, sin adinámia; hecho que debe llamar tanto mas la atencion cuanto que la forma tifoidea es una de las modalidades comunes de la reaccion de esta enfermedad curada por los tratamientos ordinarios.

Y esta observacion no es esclusivamente nuestra; los

médicos de Chile, segun resulta del informe oficial presentado á la Junta de Salubridad de Santiago, en 1887, corroboran esto mismo.

¿Cuál podrá ser la causa de la rareza de este fenómeno reaccional en los coléricos tratados por las irrigaciones intestinales?

Por nuestra parte, no hallamos mas que una; es el resultado necesario ó por lo menos mas frecuente de una curacion tópica que obra apresurando su evolucion, exactamente lo mismo que lo que observamos al esterior en los casos comunes de cirugía.

En ausencia de este tratamiento, las lesiones intestinales producidas por la infeccion, deben repararse por sí mismas y á espensas de la naturaleza, como pasa en las ulceraciones de la fiebre tifoidea legítima en su período de reparacion; y como este proceso curativo es lento y espuesto á numerosos accidentes, resulta que el período de reaccion y los síntomas que son su consecuencia, deben ser mas durables y activos.

Otra circunstancia que tiende á afirmar la verdad de esta esplicacion, la hallamos en nuestros estudios sobre la fiebre tifoidea tratada por la enteroclísis y que pronto serán publicados, los cuales nos demuestran hechos muy notables y dignos de ser tenidos en consideracion en estas cuestiones de enfermedades infecciosas, en que hay que distinguir la parte que corresponde al veneno de la parte que corresponde á las lesiones materiales por él determinadas; y que si en todos los casos los fenómenos objetivos visibles, marchan de acuerdo con la causa especial que forma la enfermedad y son clínicamente análogos en la mayoria de los infectados, en cambio, los ligados con los trastornos orgánicos que les sobreviven, son variables y completamente independientes

de su causa primera. Lo que quiere decir, limitándonos solamente á las enfermedades enunciadas, que los síntomas del período de reparacion deben estar directamente relacionados con dichas lesiones.

Ahora bien, en la fiebre tifoidea tratada por la enteroclísis, el período que corresponde á la faz de cicatrizacion, es mas breve, la temperatura desciende pronto, y la enfermedad se acorta notablemente; y hemos visto que en el cólera pasa algo de análogo, lo que debe hacer sospechar en ambos casos una causa semejante ó por lo menos comparable.

Resumiendo en conclusion este capítulo, diremos:

1° Que la enteroclísis es un escelente método que empleado en condiciones de oportunidad, puede hacer abortar el cólera y limitarlo al primero ó segundo período.

2° Que debe insistirse en su empleo especialmente en los dos períodos mencionados, guiándose la frecuencia de su administracion por la abundancia y frecuencia de las cámaras.

3° Que está todavia indicada en los casos del tercer período ó de estado en los cuales su utilidad empieza á disminuir.

4° Que en cualquier caso que se eche mano de este remedio, no debe escluirse nunca la obligacion de llenar convenientemente las demás indicaciones que el cólera suministra, sin lo cual el médico se espondría á verlo fracazar y á considerar erróneamente los resultados positivos que la esperiencia autoriza á esperar.

5° Por último, la frecuencia y repeticion de su empleo, o que valdría decir, la dósis, respecto al número de inyecciones á emplear, debe estar regida, no solo por

la abundancia y frecuencia en las deposiciones, sino tambien y muy principalmente, por el estado de la secrecion urinaria, etc.

Tratamiento mixto, con enteroclisis (1)

Observacion I

Período de estado—Reaccion—Erisipela—Curacion

Cassali B., italiano, 27 años, soltero, jornalero, procedente del Hotel de Inmigrantes, fué recibido en la cama número 20 «Sala Pietranera» el 31 de Enero de 1887 á las 6 y 15 p. m.

Se habia enfermado el dia antes por la noche, con diarrea, vómitos, ambos en cantidad y número crecido, con calambres, etc.

Estado actual—Demacracion, ojos hundidos, cianosis bien marcada, enfriamiento, contracturas, afonía, respiracion angustiosa, lengua saburral, sed y anoréxia, temperatura 36°, pulso muy débil.

Tratamiento—Baños calientes (40°) sinapisados cada 2 horas, fricciones, 2 inyecciones con la solucion de acetato de amoniaco y bebidas heladas al interior.

---

(1) Para comprender los signos abreviativos de que hacemos uso en el curso de la exposicion de estos casos, diremos que:

La letra **E**, indica enteroclísis en cantidad de 3000 gramos de la solucion indicada en el cap. VII, y á la temperatura de 40°—Cuando en algo se modifique, se expresará dicha modificacion al lado de la **E.**

La letra **C**, indica cámaras.
La » **V**, indica vómito.
La » **T**, indica temperatura.
La » **P**, indica pulso.

A las 9 de la noche, 4 cámaras abundantes y blanquecinas se habian producido, mas un vómito copioso; temperatura 36.1. Se le practicó una inyeccion intestinal con el enteroclítor de Cantani así compuesta: bicloruro de hidrargirio 50 centígramos, agua 3 litros, temperatura 40°.

Todo el líquido penetra sin gran dificultad, devolvièndose casi inmediatamente 2590 gramos, reteniéndose por lo tanto en el intestino unos 410 gramos.

En la noche 6 deposiciones.

Febrero 1°—Temperatura a. m. 36.3, pulso pequeño 89. A las 11 a. m. nueva enteroclísis en las mismas condiciones; el enfermo devuelve todo el líquido introducido. En este dia hubieron 3 cámaras, por lo que á las 9 p. m. se le repite la enteroclísis, devolviendo 2500 gramos. Temperatura p. m. 36, pulso pequeño, orina muy disminuida. Se añade al tratamiento la siguiente pocion:

Infus valeriana..................	200	gramos
Acetato de amoniaco	15	»
Tint. de canela..................	5	»
Extracto de quina..............	5	»
Jarabe de éter...................	50	»

(Para tomar por cucharadas cada 2 horas).

En la noche han habido 7 vómitos y 4 deposiciones.

Febrero 2—Temperatura a. m. 36.2, pulso imposible de contar por su debilidad. A las 11 a. m. nueva enteroclísis, devolviéndose la misma cantidad de líquido. Se insiste con los baños, las fricciones é inyecciones sub-cutáneas de acetato de amoniaco.

En el dia, 3 cámaras; pulso igual, temperatura p. m. 36.6.

No se hace la enteroclísis á la noche, pues la orina está casi suprimida.

En la noche hay 4 deposiciones y 2 vómitos.

Febrero 3—Temperatura a. m. 36.3, pulso igual; se aplica un vejigatorio en el epigástrio y á las 11 se hace la enteroclísis; cantidad devuelta 2500 gramos.

En el dia, 4 deposiciones mas; nueva enteroclísis á las 9 y 45 p. m., devolviendo como antes 2500 gramos. Pulso mejor pero pequeño; temperatura p. m. 37.

En la noche, 3 deposiciones y 1 vómito.

Febrero 4—Temperatura a. m. 36, pulso débil 90. A las 2 p. m. otra enteroclísis, solo devuelve 2000 gramos. Temperatura p. m. 37.4, pulso débil 98. Los síntomas generales se mejoran, el enfriamiento disminuye, la cianosis tambien.

En la noche, 5 deposiciones, poca cantidad y mas bien mucosas, 2 vómitos.

Febrero 5—Temperatura a. m. 36.5, pulso débil 85. A las 10 y 15 a. m. enteroclísis (siempre de tres litros, con igual composicion y temperatura), devuelve 2590 gramos. Temperatura p. m. 36.3, pulso 90. En el dia, 2 deposiciones y 3 en la noche, igual carácter al de las últimas.

Febrero 6—Temperatura a. m. 36.3, pulso 83 débil todavia. A las 10 a. m. enteroclísis, devuelto 2500 gramos. En el dia, 3 deposiciones, temperatura 37.2 (p. m.), pulso igual. A las 10 p. m. enteroclísis, devuelto 3000 gramos.

En la noche, 3 deposiciones.

Febrero 7—Temperatura a. m. 36.6, pulso regular 85.

A las 10 a. m. E, (1), devuelto 2560 gramos. En el dia ninguna deposicion; en la noche una sola. Temperatura p. m. 37, pulso 90.

Febrero 8—Temperatura a. m. 37.7, pulso 87. En el dia, 2 deposiciones; temperatura p. m. 38.5, pulso regular 95.

Febrero 9—Temperatura a. m. 37.6, pulso lleno 92. Dos deposiciones en el dia; temperatura p. m. 38.5, pulso 100.

En la noche 2 deposiciones.

Febrero 10—Temperatura 36.5, pulso normal. A las 12 y 15 E., devuelto 2750 gramos. En el dia ninguna cámara.

Temperatura p. m. 38.6, pulso 90.

En la noche, 1 deposicion.

Febrero 11—Temperatura a. m. 38, pulso 85. En la noche y todo el dia siguiente sigue todo normal.

Febrero 13—Temperatura 37.1 (a. m.), p. m. 36.4. Aparece una mancha conjestiva en el costado derecho limitada arriba por la 4ª costilla, abajo por las últimas, delante por la línea mamelonar, detrás por la masa lumbar; es dolorosa y no tarda en caracterizarse como una *erisipela*, que sigue su marcha ordinaria hasta el 22, en que el enfermo sale de alta.

Observacion II

Segundo período—Tratamiento mixto—Curado

Dominguez J., español, 16 años, mucamo, procedente

(1) Esta letra significará enteroclísis, cuando aparezca sola se referirá á la fórmula comun, á la cantidad de 3000 gramos, temperatura 40º, en su defecto se espresarán á su lado las variaciones.

de la Penitenciaria, entró el 28 de Enero, cama 55, «Sala Pietranera».

Se enfermó el 25 con diarrea que fué aumentando hasta el 27, en que comenzaron los vómitos.

Estado actual—(11 a. m.)—Piel caliente y elástica, pulso regular, temperatura 36.8, aspecto general bueno.

Se pone en observacion porque desde la mañana no habia tenido vómitos ni cámaras; pero poco despues, los mismos síntomas de antes reaparecen.

Tratamiento—Cocaina (10 cent. por 50 gram. de agua; una cucharita cada media hora) que no dando resultado, se añade la bolsa de hielo de Chapman á la nuca, terminando al fin por aplicar un vejigatorio al epigástrio, pues los vómitos dominaban el proceso. En el dia, 12 V. (significa vómito) temperatura p. m. 37.5, pulso regular. Se administra un gramo de calomel.

En la noche, 1 V.

Enero 29—T. a. m. 35.5, P. débil 78. Se prescribe el calomel (20 centig) cada dos horas. En el dia, 5 V. y 2 C. (significa cámaras)—T. p. m. 37.5, P. 80. Igual tratamiento. En la noche 6 V. y 2 C.

Enero 30—T. a. m. 36.5, P. 70, débil. En el dia, 1 V. y 6. C.—Se suspende el calomel.—T. p. m. 37. P. 80 débil.

En la noche, 5 C.

Enero 31—T. a. m. 36. P. 81.—A las 2 p. m. se practica la E., devuelve 2590 gramos.

En el dia ni C. ni V.

T. p. m. 37.1.

En la noche bien.

Febrero 1º—T. a. m. 36.5—P. 66, T. p. m. 36.5.

Febrero 2—T. a. m. 36.5—P. 88 lleno—1 C. mucosa. T. p. m. 36.5.

Noche bien.

Febrero 3—T. a. m. 36.5—P. normal—El enfermo se levanta—Alta el 7.

Este caso no permite formar un juicio exacto sobre el valor de los tratamientos empleados.

Observacion III

Segundo período—Enteroclísis—Curacion

Rodriguez S., español, 20 años, jornalero, soltero, procedente de la calle Saavedra nº 1202, nº 25. Sala «Dr. Doncel».

Enfermo desde el 6 de Febrero por la mañana con diarrea, vómitos y calambres.

Estado actual—(3 p. m.)—Estado general bueno, piel sensiblemente normal, pulso regular, etc.

Se pone en observacion. En la noche dos deposiciones riciformes.

Febrero 7—T. a. m. 37.2—P. 89, lleno. En el dia bien. T. p. m. 36.5—P. 80.

En la noche 4 C. y 2 V.

Febrero 8—T. a. m. 36.8—P. 91. A la 1 p. m. E, devuelve la misma cantidad, es decir 3000 gramos. No hay novedad—T. p. m. 37.6.

En la noche 1 C.

Febrero 9—T. a. m. 36.5—P. 92. El dia sin novedad. T. p. m. 36.5.

Noche bien.

Febrero 10—T. a. m. 36.8—P. 90. El dia bien.—T. p. m. 36.8 —P. normal.

El 11 se levanta—las cámaras que aparecen son fecales.

El 15 sale de alta.

Observacion IV

Período de estado—Tratamiento mixto—Curacion

Agüelles R, argentino, 30 años, peon de aduana, procedente de la calle Maipú 608. Sala «Dr. Doncel», cama nº 1.

Su enfermedad data segun él desde el 13 de Febrero á la noche, en que aparecieron los primeros síntomas. Entró el 16 á las 2 p. m.

Estado actual—Enfriamiento, cianosis, ojos hundidos, rasgos retraídos, respiracion lenta y difícil, afonía, pulso perdido etc.—T. 35.7.

Se practican inmediatamente dos inyecciones hipodérmicas de acetato de amoniaco de la fórmula indicada, baños calientes á 40°, fricciones estimulantes, bebidas frias, etc.

En el dia, 2 C. en la noche, 5 mas. T. p. m. 37.4.

Febrero 17—T. a. m. 36.7—P. inapreciable. A las 10 a. m. E. de 3000 gramos, cantidad devuelta 3500. En el dia, 3 C.—T. p. m. 37.

En la noche ni V. ni C.

Febrero 18—T. a. m. 37—P. débil, 3 C. en el dia. T. p. m. 37. —P. igual.

En la noche 3 C.

Febrero 19—T. a. m. 36.4—P. inapreciable. A las 11 a. m. nueva. E. de 3000 gramos; devuelto la misma cantidad.—Dos C. en el dia. T. p. m. 37.2.

En la noche 2 C.

Febrero 20—T. a. m. 36.5—P. pequeño 92. Ni C ni V.—T. p. m. 37.2.

En la noche, 2 C.

El enfriamento ha disminuido, la cianosis tambien—la orina antes disminuida enormemente se produce con mas regularidad y abundancia. El aspecto general se mejora.

Febrero 21—T. a. m. 36.8—P. débil 87—1 C. en el dia, T. p. m. 36.8—P. igual 90—En la noche ninguna novedad.

Febrero 22—T. a. m. 36.6. El pulso está normal y todo sigue bien.

Febrero 23—T. a. m. 37. Sigue la mejoria y el enfermo está en convalecencia.

Sale de alta el 28.

Este caso apesar de su gravedad, ha reaccionado prontamente sin presentar esos síntomas activos que ordinariamente acompañan la reaccion.

Observacion V

Segundo período—curacion

Rinaldi C, italiano, 48 años, casado, barbero, procedente de la calle Cerrito 29.—Sala «Pietranera» cama nº 56.

Se enfermó á las 11 a. m. del 30 de Enero, con diarrea, vómitos y calambres, etc.

Fué recibido el 31 á las 11 y 45 a. m.

Estado actual: muy regular, pulso algo débil 80, lijejero enfriamento, poca demacracion, un poco abatido y sin fuerzas. Se practica inmediatamente una enteroclísis con 3000 gramos de solucion de bicloruro de hidrargirio ya dicha; devuelve al momento 2580 gramos. En el dia 1 C y 1 V. T. p. m. 37.1. En la noche 2 C.

Febrero 1°—T. a. m. 36.2—Pulso 88 débil. A las 10 y 30 a. m. nueva E. de 3000 gramos que son devueltos en totalidad. En el dia 1 sola C.—T. p. m, 36.7. La noche sin novedad—P. 90.

Febrero 2—T. a. m. 36.—P. 106 débil. En el dia solo 1 V. T. p. m. 36.7. P. 96. Se administra infusion de colombo con bicarbonato de soda (500 gramos por 10). Noche sin novedad.

Febrero 3—T. a. m. 36.4—P. 96. Todo sigue bien. T. p. m. 37.2,—P. 89.

Febrero 4—T. a. m. 36--P. 91. Se hace una inyeccion de morfina y atropina en un punto doloroso del costado. T. p. m. 37.—P. regular 80.

Febrero 5—T. a. m. 37.—P. 80.—0. V.—0. C.—T. p. m. 37.8. Noche bien.

Febrero 6—T. a. m. 37.3.—P. 83. Se dá el calomel como purgante, 1 gramo en dos veces, sin obtener resultado. T. p. m. 37.7.—P. 90.

Febrero 7—T. a. m. 37.2.—P. 96, lleno. Se dá un purgante salino (sulfato soda) que produce dos deposiciones fecaloideas. T. p. m. 37.5—P. 84.

Febrero 8—T. a. m. 37.4—P. 95—2 C. mas se manifiestan con los caractéres de las anteriores. T. p. m 37.6.

Febrero 9—T. a. m. 37.2—P. 88—T. p. m. 37.4—P. 90.

En los dias siguientes el enfermo sigue bien, quedando algo abatido y con un zumbido muy molesto á los oídos. Tratamiento tónico.

Sale de alta.

Observacion VI

Período de estado—Enterorrágias—Muerte

Mora A, español, 59 años, casado, jornalero, remitido de la seccion 2ª. Sala «Dr. Doncel» nº 9.

Está enfermo segun dice desde el 31 de Enero á la noche, con diarrea, vómitos y calambres.

Estado actual—A las 7 a. m. del 2 de Febrero, estremidades frias y cianóticas, piel húmeda, plegada, y sin elasticidad, rasgos muy retraídos, ojos muy hundidos en las órbitas, pulso inapreciable. T. 36.6, etc.

Tratamiento—Baños calientes cada dos horas, dos inyecciones de la solucion de acetato de amoniaco, bebidas frias, hielo á la cabeza, fricciones. A las 11 y 30 a. m. se le hace una E. con 3 litros de solucion de bicloruro de hidrargirio á 40°, de la que devuelve 2500 gramos.

En el dia, 2 C. y 1 V.—T. p. m. 35.1. Se insiste en los baños é inyecciones hipodérmicas. En la noche, 3 C. sanguinolentas.—P. no reaparece. La respiracion fatigosa, disnéica,

Febrero 3—T. a. m. 36.—P. pequeño 75. A la 1 de la tarde se le hace una enteroclísis con dos litros de agua

gomosa y cinco gramos de láudano (á 38° de temperatura), en razon del estado intestinal que las cámaras demuestran; solo pueden introducirse 1000 gramos, de los que devuelve 800.

Como las cámaras sanguinolentas siguiesen, se insiste en la enteroclísis pero de una solucion de percloruro de fierro (3 gramos por 2000) á una temperatura de 30°. Solo penetran 1500 gramos, devolviendo 1200. Se prescribe al mismo tiempo una pocion concreta y óxido de zinc; 2 C. siguen bien pronto. El estado general se agrava;—hay anúria y sopor y la muerte se produce á las 5 p. m. de este dia.

Observacion VII

Período de estado—Muerte

Lustabot F, francés, 44 años, casado, curtidor, procedente de la calle Caseros 1257. Sala Dr. «Doncel,» n° 25.

Se enfermó el 4 de Febrero por la noche con diarrea y vómitos; al dia siguiente los mismos síntomas y calambres. Entró el 5 á las 4 p. m.

Estado actual: todos los síntomas del período álgido en su mayor apogeo.

Se hace el tratamiento acostumbrado para sobreponerse al colapsus, baños, inyecciones hipodérmicas, fricciones, etc., hielo al cráneo. En el dia, 2 C.—T. a. m. 36.7. Respiracion angustiosa y difícil; anúria. A las 10 p. m. se practica una enteroclísis, devuelve 3200 gramos, despues 2 C. luego hipo, coma, enfriamiento y la muerte á las 4 a. m. del dia siguiente.

Observacion VIII

Período de estado—Anúria—Muerte

Juandicotena M, español, 24 años, hornero, procedente del pueblo del Tigre.—Sala «Dr. Doncel», nº 4.

Enfermóse el 7 de Febrero por la mañana, con grandes vómitos y diarrea copiosísima, calambres, sed. Entró á la Casa de Aislamiento en la misma noche á las 12 y 15.

Estado actual: piel fria y cianótica, demacracion notable, afonía, ojos perdidos en el fondo de las órbitas, depresion cerebral, respiracion suspirosa é intermitente algo del tipo de Cheyne-Stokes, pulso sumamente débil é incontable.—T. 35.5

Se emplea el tratamiento ordinario en estos casos, pero con mucha insistencia.

En el resto de la noche sobrevienen dos deposiciones.

Febrero 8—T. a. m. 36.—P. blando 65. A la 1 p. m. se le practica una E. de 3000 gramos con la solucion de bicloruro de hidrargirio; devuelve la misma cantidad de líquido. En el dia 2 V. y 2 C.—T. p. m. 36.5.—P. pequeño.

En la noche 3 C. y 6 V.

Febrero 9—T. a. m. 36.4—P. pequeño. A las 11 a. m. nueva E. de la que devuelve 2500 gramos. En el dia 4 C. —T. p. m. 36.6.—P. muy pequeño. A las 9 y 35 p. m. otra E. devolviendo 2800 gramos. En la noche 6 C. y 2 V.

Febrero 10—T. a. m. 36.—P. pequeño y blando 60. A las 12 del dia, otro E, solo penetran 2000 gramos de la solucion y se devuelven 1600.

En el dia, ni C. ni V.—T. p. m. 36.5.

Noche sin novedad.

Febrero 11—T. a. m. 36.—P. 63 blando. Hay anúria desde anoche:—se prescribe un diurético (coc. estigmas de maíz 1 litro, acetato potasa 8 gramos)—ventosas escarificadas (4) en las regiones renales. Luego sobrevino un estado de sopor, próximo al coma. Hay dolores, no solo en la cintura, sino en los muslos y region poplítea.

Ni C. ni V. en el dia. Por la tarde se repiten las ventosas (secas), se añade al diurético la dijital.

En la noche 2 C.—T. p. m. 35.7.—P. deprecible, 77.

Febrero 12—T. a. m. 36.—P. 77. Ningun cambio ni en el dia ni en la noche; sigue el coma. T. p. m. 36.1. —P. igual.

Febrero 13.—T. a. m. 35.7—P. 70:—baño caliente—ventosas, nuevamente, siguiendo con el hielo solo á la cabeza, ordenado desde el principio de la perturbacion cerebral.

Las evacuaciones están tan suprimidas como la secrecion urinária:—muerte á las 3 p. m. de hoy.

Observacion IX

Período de estado—Curacion

Gabriel R.—Italiano de 34 años, jornalero, procedente de la calle Comercio 924—Sala «Dr. Doncel», nº 10.

Enfermo desde la noche del 4 de Febrero con los síntomas ordinarios del cólera. Entró el 9.

Estado actual: correspondiente al estado (álgido). T. p. m. 36.1.—P. imperceptible.—3 C. en poco tiempo.

A las 10 y 30 p. m. se le hace una E. no pudiendo penetrar sino 2400 gramos y salieron 2000.

En la noche, 4 C.

Febrero 10—T. a. m. 36.7.—P. pequeño 87. A las 11 y 45 a. m. nueva E, devuelve toda la cantidad introducida, (3000 gram.)

En el dia, 1 C.—T. p. m. 38.1.—P. mejor, 96.

En la noche, 1 C.

Febrero 11—T. a. m. 37.—P. normal. Hay una cámara fecaloidea.—T. p. m. 36.8. En la noche otra deposicion como la del dia.

Febrero 12—T. a. m. 36.4.—P. 74.—2 C.

T. p. m. 36.6.—P. normal 72. En la noche otra C.

Febrero 13—T. a. m. 36.8.—P. 61.—Pocion tónica de Jaccoud. T. p. m. 36.5.—P. regular 72. En la noche una cámara. Sigue bien hasta el 17 en que sale de alta. El tratamiento de los demas síntomas, como en los casos anteriores.

Observacion X

Período de estado—Muerte

Concha S., italiano, 24 años, jornalero, calle Europa núm. 10—Sala «Dr. Doncel» nº 30.

Enfermo desde el 3 de Febrero, con los síntomas habituales del comienzo. Entró el 4 á las 2 p. m.

Estado actual: Correspondiente al estado ó período álgido mas completo—sin pulso, sin voz—cianótico, frio, etc.

Tratamiento—Baños caliente á 40°, inyeccion de acetato de amoniaco, fricciones, hielo á la cabeza, etc.

En la tarde 3 C.—T. p. m. 36.—Sigue el mismo estado y se continúa el mismo tratamiento.

En la noche 8 C.

Febrero 5—T. a. m. 35.6. A las 10, E. devolviendo 2600 gramos. Todo se agrava y muere á las 3 p. m.

Observacion XI

Segundo período—Curacion

Delaune A., francès, 26 años, cocinero, remitido por la Asistencia Pública, Sala «doctor Doncel» número 12.

Está enfermo desde el 4 á la noche á causa, dice, de haber bebido mucha agua, gran diarrea y frecuentes vómitos, etc.

Entró el 9 á las 9 p. m.

Estado actual—Pulso pequeño, algo de enfriamiento, poca cianosis, debilidad de la voz, calambres, etc.

Se hace el tratamiento ordinario.

En la noche 2 C.

Febrero 10—T. a. m. 36.8—Pulso regular 87. A las 12, una E., devolviendo toda la cantidad inyectada. En el dia 2 C.—T. p. m. 36.7.—P. igual. En la noche 2 C.

Febrero 11—T. a. m. 36.9.—P. 89. Dia sin novedad mas que el hipo, vejigatorio epigástrico.—T. p. m. 37.

Noche bien.

Febrero 12—T. a. m. 36.3. P. 91, lleno; sin novedad. T. p. m, 36.8.

Febrero 13—T. a. m. 37.—P. 90. Se dá la pocion amarga alcalina.—T. p. m. 37.5. Una C. en la noche.

Febrero 14—T. a. m. 37.—P. 93.

En la noche 37.8.

Una cámara fecal.

Alta el 17.

Observacion XII

Período de estado—Enterorrágias—Curacion

Derudi J., italiano, 28 años, albañil, procedente de la calle Libertad nº. 442. Sala «doctor Doncel» nº. 27.

Está enfermo desde el 3 de Febrero á la noche, con los síntomas comunes de la invasion y crecimiento, mas dolores abdominales intensos. Entró el 4 á las 11 y 30 a. m.

Estado actual—Enfriamiento, sin pulso, cianótico, aspecto general muy grave.

Baños, inyecciones de acetato de amoniaco, fricciones, hielo á la cabeza, etc.

En el dia 4 C.—T. p. m. 36.4. A las 8 y 30 p. m. E., una cantidad devuelta 2500 gramos. En la noche 4 C.

Febrero 5—T. a. m. 36.2.—P. pequeñísimo. A las 10 a. m. nueva E., devolviendo 2700 gramos.

Una cámara en el dia y una en la noche.—T. p. m. 36.3.

Febrero 6—T. a. m. 36—P. débil 80. Una C. en el dia y 2 en la noche.—T. p. m. 36.4.—P. sigue débil, casi imperceptible.

Febrero 7—T. a. m. 36.6.—P. débil 77. Ni C. ni V., en la noche 1 C.—T. p. m. 36.4.—P. igual.

Febrero 8—T. a. m. 36.5. P. mejor 80. 1 C.—T. p. m. 38. Hay 3 C. sanguinolentas. A las 9 p. m. tercera E. de 3000 gramos de agua á 40° con 6 gramos de percloruro de fierro, devuelve 2900 gramos.

En la noche 1 C.

Febrero 9—T. 35.1.—P. 81.—7 C. en el dia. A las 9 p. m. E. de 3000 gramos de la solucion de bicloruro, devolviendo todo. En la noche 5 C. sanguinolentas. T. p. m. 37.4.

Febrero 10—T. 36.5. P. débil, 70. A las 12 y 40, nueva E. con percloruro, devuelve 2500 gramos. Se administra una pocion con creta, bismuto y láudano.

3 C. en el dia.

A las 9 p. m. otra E. de percloruro tambien, devuelve 2900 gramos.

En la noche 1 C. indiferente.—T. p. m. 36.9. Hay anúria.

Febrero 11—T. 38.7.—P. débil y frecuente 100, hasta las 4 p. m. 4 C. Una E. de bicloruro, devuelve todo. T. p. m. 38.2.

Ventosas escarificadas en la region renal.

En la noche 4 C.

Febrero 12—T. 37.2.—P. 71. Sin novedad.—T. p. m. 38.

En la noche 2 C.

Febrero 13—T. 37.—P. lleno 75.—Vuelve la orina.

2 C. en el dia. T. p. m. 38.

2 C. en la noche.

Febrero 14—T. 37.5.—P. lleno 83.—1 C.—T. p. m. 36.8.

En la noche 2 C.

Febrero 15—T. 36.8.—P. 88.—3 C. Otra. E. con solo 25 centígramos de bicloruro en los 3000 gramos de agua, devuelve todo. T. p. m. 37.1.

En la noche 3 C.

Febrero 16—T. 37.2.—P. 82.—1 C.—T. p. m. 38.3. En la noche 1 C.

Febrero 17—T. 39.1.—P. lleno y fuerte.—1 C. normal. T. p. m. 38.9.

En la noche 1 C.

Febrero 18—T. 38.6.—P. 80.—1 C.—T. p. m. 37.7.

Febrero 19—T. 37.4.—P. normal.—1 C.—T. p. m. 38. Sigue bien hasta el 25 en que sale de alta.

Observacion XIII

Segundo período—Urémia—Muerte

Bacaro F., italiano, 24 años, herrero. Entró el 4 á las 10 a. m.—Sala «Dr. Doncel» nº 26.

Enfermo desde el 2.

Estado actual: Pulso algo pequeño, piel regular, no muy fria, algo de cianosis en los miembros, aspecto general bueno.

Tratamiento comun, mas píldoras, (tanino 1 centig., polvo de ópio 2 centig.) En el dia 2 C.—T. p. m. 37.2. A las 10 y 45 p. m. se hace una E. de bicloruro, 3000 gramos, eliminando 3100.

En la noche 5 C.

Febrero 5—T. 36.5.—P. inapreciable. A las 10 y 30 a. m., segunda E. devolviendo la misma cantidad; 7 deposiciones entre el dia y noche.—T. p. m. 36.5.

Febrero 6—T. 37.—P. débil 75. A las 12 y 15, tercera E. devolviendo 2800 gramos. 3 C.—T. p. m. 37.2.

Febrero 7—T. 36.5.—P. 72 débil.—2 C.—T. p. m. 37. A las 10 y 30 p. m., cuarta E. devolviendo 2800 gramos.

En la noche 3 C.

Febrero 8—T. 36.2.—P. 72. A la 1 p. m. quinta E. devuelve 2900 gramos.—1 C.—T. p. m. 36.7. Noche sin novedad.

Febrero 9—T. 36.2.—P. débil 69. Anúria. Ni C., ni V. Está en coma. Se dá 1 gramo calomel y no haciendo efecto, se repite el purgante en otra forma (elaterio, aloes, escamonea en píldoras). No se obtiene resultado —hielo en la cabeza, ventosas á la region renal. Sigue mal. T. p. m. 35.6—P. mal.

Febrero 10—T. 36.—P. imperceptible. Se dan 4 gotas de aceite de croton en 50 gramos de aceite de ricino. Hoy 6 deposiciones. Muerte á las 6 p. m.

Observacion XIV

Período de estado—Urémia—Muerte

Solaris A., argentino, 22 años, remitido de la calle Melo 182 el 3 de Febrero á las 2 p. m. Sala «Pietranera», nº 48.

Enfermo desde el 2, con diarrea, vómitos y calambres, etc.

Estado actual:—el del período álgido con cianosis, demacracion notable, sin pulso, etc.

Baños á 40°—acetato amoniaco en inyecciones, cocaina (fórmula indicada) vejigatorio al epigástrico, fricciones. Un C. y un V. Anúria, ventosas secas, diuréticos, (fórmula indicada) y hielo á la cabeza por el coma. En la noche 2 V. y 1 C.—T. p m. 36.

Febrero 4—T. 36.2. P. perdido; 1 C. y 1 V. Se insiste en los diuréticos que no dan resultado. 3 C. en la noche.—T. p. m. 36.5.

Febrero 5—T. 36. Se hace una E. á las 11 a. m. con 3 litros de agua albuminosa y 40 gotas de láudano á 30°, entran 2000 gramos y salen 2100.—2 C.—2ª E. con bicloruro, salen 2290 gramos. 1 C., pero sigue el colapsus que llegó á la muerte el 6 á la 1 a. m.

Observacion XV

Período de estado—Muerte

Leiva A., argentino, 50 años, albañil, remitido de la calle Gazcon y Cabrera el 9 de Febrero á las 2 y 10 p. m. Sala «Dr. Doncel» nº 11.

Enfermo desde el 8 á la noche con los síntomas de la invasion y crecimiento.

Estado actual: —Enfriamiento, demacracion, cianosis afónico, sin pulso, etc.

Tratamiento apropiado al caso.

A las 9 p. m. una E. de la que devuelve 2900 gramos. T. p. m. 37.2.

En la noche 4 C. y 2 V.

Febrero 10—T. 36.5. Se intenta sin conseguirlo una 2ª E. Todos los síntomas se agravan y el enfermo muere en el colapsus á la 1 de este dia.

Observacion XVI

Segundo período—Curacion

Depensa L., italiana, 22 años, cocinera, sala «doctor Furts» nº 17.

Entrada á las 11 y 30 p. m. del 3 de Enero; hacia remontar su enfermedad á dos dias antes.

Estado actual:—Poco enfriamiento, pulso algo disminuido en fuerza, 88, cianosis en los estremos, mucho abatimiento; domina la diarrea.

Se practica una E. en la cantidad y forma ya referida, devolviendo toda la cantidad inyectada;—T. p. m. 35.7, pulso irregular 90.

En la noche 3 C. y 2 V.

Enero 4—T. 36.5. P. pequeño 108; 3 V.—2 C. Nueva E. que se espulsa en totalidad.

En el resto del dia 3 C. y 4 V.

T. p. m. 36.4.—P. 96.

Enero 5—Estado general bueno—T. 36.5.—P. 108. 4 C. y 3 V. A las 10 a. m. 3ª E., devuelve 3180 gramos. T. p. m. 37.—P. 96.

En la noche, 3 C. y 2 V.

Enero 6—T. 36.5. P. 72. Estado general satisfactorio; 3 C. hasta las 2 p. m. en que se hace la 4ª E. que es espulsado todo su contenido. Sobrevienen 2 C. y un abundante vómito bilioso.—T. p. m. 37.6.—P. 88. Hay gran

inquietud por dolores abdominales, se repite el V. Ninguna C. Cataplasma sinapisada al vientre.

Enero 7—T. 36.9.—P. 80.—T. p. m. 37.3.—P. 96.—1 C.

Sigue bien y mas calmado.

Enero 8—T. 37.—P. 90. Ni C. ni V.—T. p. m. 37.6.—P. 72.

Enero 9—Sigue bien. T. 38.—P. 96.—T. p. m. 37. P. 96. 1 C. mucosa y fecaloidea. 0. V.

En los dias siguientes todo entra en órden y sale de alta el 23.

Observacion XVII

Período de estado—Curacion

Manuela C., argentina, 22 años, sala «doctor Furts», nº 12.

Entrada el 4 de Enero, fria, áfona, cianótica, sin pulso, demacracion suma, aspecto de la mayor gravedad. Temp. p. m. 35.6.

Tratamiento usual en ese caso y luego E., de la que devuelve minutos despues toda la cantidad inyectada (3000 gramos).

Enero 5—Está menos deprimida. T. 36.8. P. muy dèbil.—3 C. en el dia, ningun V.—T. p. m. 36.6.—P. pequeño 96.

En la noche 4 C.

Enero 6—T. 36.—P. débil 72.—2 C. A la 2 y 15 p. m. 2ª E. (se ignora la cantidad devuelta). T. p. m. 36.6.—P. 88.—0. C.—0. V.

Enero 7—Sigue bien. T. a. m. 37.2, p. m. 37.8.

Enero 8—Sigue bien.—T. 38.—P. 90. Ni C. ni V.—T. 38.4.—P. 96. Sin novedad.

Enero 9—Estado general satisfactorio. 1 V. ninguna C. Temperatura 37.7 p. m. 37.—P. 84 mañana y tarde.

El 10 la enferma estaba convaleciente.

Observacion XVIII

Período de estado—Muerte

Lamas J., argentino, 25 años, soldado, sala «doctor Doncel» nº 6.

Entrado el 6 de Enero á las 4 p. m. frio, áfono, muy postrado, cianótico, hundimiento notable de los ojos; ha tenido hoy 4 C. Hay mucha sed y ansiedad; de tarde en tarde calambres, etc.

Dice que su enfermedad data de 12 dias, que empezó por alteraciones vesicales (cistitis), que recien el 3 comenzó la diarrea, pero poca, sin importancia, hasta ayer en que éstas se hicieran incoercibles y acompañadas de vómitos. Además hay anúria y mucho sopor.

Tratamiento proporcionado á la urgencia é importancia de las indicaciones. A mas una E. de la que apenas soporta 2700 gramos, devolviendo 2250. Pero nada modifica su estado, y el enfermo muere al amanecer del siguiente dia.

Observacion XIX

Período de estado—Muerte

Meliton M. Sala, «doctor Doncel» nº 64, entrado el 7

de Enero con los síntomas mas pronunciados del tercer período, con anúria, cianósis, algidez, etc. Es sometido al mismo tratamiento y muere al otro dia en el colapsus. La importancia de este caso está en el resultado obtenido sobre la cantidad de líquido devuelto en la única E. practicada á las 2 y 3 p. m. del dia de su entrada. Le inyectaron 3000 gramos y espulsó 3940.

Observacion XX

Segundo período—Curacion

Alonso A., español, de 40 años, enfermero de la Casa de Aislamiento. Sala «doctor Doncel» nº 33.

Se enfermó el 31 de Diciembre, pero ya el 30 habia tenido 2 C. diarréicas que aumentaron en la noche y recien al dia siguiente á las 8 y 30 p. m. empezó el vómito repitiéndose cuatro veces. Las. C. son características.

Enero 1º—10 C.—4 V., calambres principalmente en la pierna izquierda.—P. 96 débil.—T. 36. A las 4 y 30 p. m. 1ª E. devuelve 2500 gramos. Las C. disminuyen en número y cantidad, 2 en toda la noche; los V. han persistido. T. p. m. 36.—P. 94.

Enero 2—T. a. m. 36.6.—P. 88.—C. suprimidas, siguen los V. A la 1 p. m. 2ª E., devuelve 2600 gramos. Como reaparecieron las C. en número de 3 á las 10 y 30 p. m. se practica una 3ª E., cantidad devuelta 2800 gramos. T. p. m. 36.6.—P. 92.

Náuseas y 4 C. en la noche.

Enero 3—T. a. m. 36.5, p. m. 37.—3 C.

Enero 4—T. a. m. 36.7, p. m. 37.5.—1 C.

Enero 5—T. a. m. 36.7 p. m. 37.6. 2 C.

Enero 6—T. a. m. 37.3, p. m. 37.2.—P. débil, de 84 á 86.

1 C. en la noche.

Enero 7—T. a. m. 37.5, p. m. 37.2.—P. 80. Convalecencia.

Observacion XXI

Período de estado—Muerte

Ortega J., argentino, 28 años, soldado del Regimiento de Artillería. Sala «doctor Doncel» nº 26.

Enfermo desde el 1º á las 8 a. m. en que aparecen repentinamente 8 C. y 4 V. Hoy (Enero 2) ha tenido 1 V. y 1 C. Los demás síntomas son: debilidad del pulso que no puede contarse, enfriamiento, debilidad de la voz, demacracion, etc.

A las 10 a. m. á mas del tratamiento del plan establecido, se practica una E. de 3000 gramos á 39º devuelve 2700 gramos; en seguida un baño á 40º; antes y despues de la E., inyecciones (2) de éter.

La E. se repite á las 11 p. m., devolviendo entonces 2650 gramos, se insiste en los demás medios.—T. p. m. 36.5.—P. inapreciable.

En la noche 3 C. 0 V.

Enero 3—T. 36.9, sin pulso,—2 C. A las 10 p. m. 3ª E,—penetran 2750 gramos y salen 2300.

En la noche 4 C.—0 V, sin pulso. T. p. m. 36.5.

Enero 4—T. 35.—P. muy débil y apenas perceptible. A las 11 a. m. E; penetran solo 2500 gramos y salen 1200. Desde las 12 á las 6 p. m., 2 C. A las 10 p. m. nueva E. á 39º.

Penetra la misma cantidad de hoy, pero sale al instante mezclada con materias fecales, sin poder medirse.

Enero 5—6 C. desde anoche á las 7 p. m. Otra E., devolviendo 2200 gramos. T. 36.9, p. m. 36.4—P. pequeño 88.

Enero 6—En la noche 7 C.—T. 36.3.—P. 86. E con 2560 gramos, devuelve 2330. La orina disminuida; diurético, ventosas escarificadas (4) á la region renal. T. p. m. 37.2.—P. pequeño 87.—2 C., en la noche otras 2.

Se ordena hielo á la cabeza, pilocarpina é inyecciones hipodérmicas. Sigue soñoliento.

Enero 7—T. 36.5.—P. muy débil 89.—1 C.—T. p. m. 36.6.—2 C., pulso perdido, muere á la 1 a. m. del 8.

Observacion XXII

Período de estado—Curacion

Escobar G., argentino, 25 años, soldado del 2º batallon, 6º regimiento. Sala «Dr. Doncel» nº 5.

Está enfermo desde el 8 por la mañana, con diarrea, vómitos, etc. Entró el mismo dia á la tarde, con enfriamiento, cianosis, pulso perdido, respiracion lenta y difícil, demacracion, etc.

Tratamiento indicado. En la noche 4 V. y 2 C.

Enero 9—T. 36.2.—P. pequeñísimo 72. Una E. á las 10 y 30 a. m., devuelve 2680 gramos. Se insiste con los baños y las inyecciones estimulantes. En el dia ni C. ni V.—T. p. m. 36.2.—P. inapreciable.

Enero 10—T. 35.—P. débil 83.—2 C. y 2 V. en la noche; en el dia, 2 de las primeras y 3 de los segundos.

T. p. m. 36.5. A las 9 y 30 p. m. 2ª E., devolviendo 3500 gramos.

Enero 11—T. 35.8.—P. igual 82.—3 V. y 0 C.—T. p. m. 36.1.

Enero 12—T. 35.8.—3 V. y 1 C.—T. p. m. 36.3. Sigue regular.

Enero 13—T. 35.5.—6 V. en el dia; se ordena un vejigatorio al epigástrio:—T. p. m. 35.5, se suspenden los vómitos.—P. mal.

Enero 14—T. 36.1.—P. regular 80. T. p. m. 36.5. P. 88.—5 C. en el dia. A las 11 p. m. E., devolviendo 3250 gramos.

En la noche 3 C.

Enero 15—T. 35.9.—P. 87, mas lleno.—E á 39° devuelve 1800 gramos de un líquido bilioso. 2 C. y 4 V. en el dia; 2 C. y 2 V. en la noche.—T. p. m. 36.6. P. 90.

Enero 16—T. 36.6.—P. 88.—E á la 1 p. m. á 39°, devuelve 2900 gramos. T. p. m. 37. Ni C. ni V.

Enero 17—T. 36.—P. 92. p. m.—T. 35.9.—P. 90.

Enero 18—T. 36.4.—P. 96. p. m.—T. 37.8.—P. 99.

Enero 19—T. 36.5.—P. 96 lleno y regular.

Enero 20—T. 36.5.—P. normal.—T. p. m. 38.—P. 90.

Enero 21—T. 37. Sigue bien.

El 23 aparecen 2 C. y 1 V. cuando ya se alimentaba; se suprime la causa supuesta y se dá un *cachets* de bismuto con ópio.

El 7 de Febrero sale de alta.

Observacion XXIII

Segundo período—Curacion

Marquez S., español, 38 años, marinero. Sala «Dr. Doncel» nº 29. Entró el 5 de Enero á la tarde, datando su diarrea desde el 3 á la tarde.

Piel regular, poco enfriamiento. Aspecto bueno del enfermo, T. 36.6.—P. débil 72.

Tratamiento: Una E. devolviendo íntegra la cantidad introducida (3000 gramos).

Enero 6—T. 37.—P. regular 80. 4 V.—5 C. A las 10 y 15, 2ª E, devuelve 2860 gramos. 2 C. despues. T. p. m. 36.5.—P. 90. A las 10 y 30 p. m. 3ª E. á 39°.5 solo penetran 2500 gramos y salen 2125.

En la noche 1 C.

Enero 7—T. 36.5.—P. 92. Ni C. ni V.—T. p. m. 37.3.—P. 88. Ni C. ni V.

Enero 8—T. 36.7. p. m. 36.9.

Enero 12—Sale de alta.

Observacion XXIV

Período de estado—Muerte

Cosini J., italiano, 9 años. Sala «Dr. Furts», nº 15. Este niño dado de alta en la Casa de Aislamiento por hallarse curado de sarampion el 19 de Enero y enviado al Asilo Maternal, volvió el 21 atacado de cólera.

Se hallaba en el período de estado de la enfermedad.

Se ordena una E. con 5 centígramos de bicloruro de hidrargirio en 1500 gramos de agua á 39°. Solo penetran

1000 gramos y no puede medirse lo que sale. T. p. m. 37.3. Hoy 3 V.

Enero 22—T. 36.2.—P. muy débil 97.—8 C.—6 V. A las 11 p. m. 2ª E con 25 centígramos de bicloruro en 2 litros de agua; penetran 1200 gramos y se eliminan 920.

Enero 23—T. 36.5.—P. débil 99. p. m.—T. 36.2.

Enero 24—Siguen raras las deposiciones y los vómitos. Anúria desde ayer. T. a. m. 40° p. m. 38.

Enero 25—T. 39. Murió á la 1 p. m.

Observacion XXV

Período de estado—Muerte

Rey del J., italiano, 24 años, soldado, artillero. Sala «Dr. Doncel» nº 30.

Su mal empezó el 7 de Enero. Entró el 8 á las 11 p. m. con los síntomas de la algidez y postracion propia al tercer período.

Muchas C. y V. en el dia. Se le dá ácido tánico y bismuto.

Enero 9—T. 37.2—P. inapreciable; á las 10 y 30 p. m. una E,, devolviendo 3300 gramos. En el dia 1 C. y 15 V. En la noche 2 C. y 9 V. Mucha depresion—orinas suspendidas. T. p. m. 36.4.

Enero 10. T. 36.5—1 sola cámara; T. p. m. 36.3. Está muy mal y en coma. Fallece á las 4 a. m. del 11.

Observacion XXVI

Período de estado—Muerte

Visachi N., italiano, 28 años, remitido de la calle San José núm. 704, el 11 de Enero á las 11 a. m,

Enfermo desde el 8 con diarrea.

Estado actual: frio, cianótico, demacrado, sin pulso, etc. Baños, inyecciones hip. etc.

En la noche 3 V. y 6 C.

Enero 12—T. 35.4.—P. pequeño 88. A la 10 y 30 a. m. Se hace una E; devuelve 2500 gramos, luego una deposicion. T. p. m. 36.3. En la noche 6 C.

Enero 13—T. 37.4.—P. pequeño. A las 12, 2ª E., devuelve 2020 gramos. T. p. m. 38°, luego 3 C. y 3 V. A las 11 p. m. 3ª E. á 39°.5, devuelve 2590 gramos de un líquido negro.

Enero 14—T. 36.5.—P. muy débil 92. En el dia 5 C. y 6 V. T. p. m. 37.5. A las 11 p. m. 4ª E., devuelve la misma cantidad (3000 gramos). En la noche 3 C. y 1 V.

Enero 15—T. 36.1.—P. muy débil 83.—5ª E. á la 1 p. m. á 39°, entran 2600 gramos y salen 2000. En la noche 1 C. y 2 V.; T. p. m. 37.2. Anúria.

Enero 16—T. 35.6.—P. 81 difícilmente contable. Ventosas escarificadas á la region lumbar—Un purgante; suspension de Enteroclísis. T. p. m. 36. Muere á las 7.

Observacion XXVII

Período de estado—Muerte

Rufina M., argentina, 18 años, calle Caseros 919, «sala Dr. Furts» núm. 20.

Enferma desde el 9 de Enero. Entró el mismo dia á las 8 p. m.

A la observacion los síntomas del tercer período.

Se hace una E. y luego se suspenden las C. V. 3, en la noche.

Enero 10—T. 36.2.—P. imposible contarlo. Baños, inyeccion de acetato amoníaco. En el dia, 2 C. y 3 V. Sigue la postracion. Nueva E. á la noche y aunque las cámaras no preocupen ya, el colapsus sigue y la muerte se produce en esta noche.

Observacion XXVIII

Período de estado—Curacion

Daprat F., italiano, 36 años, jornalero, remitido de Palermo Chico el 12 de Enero.

Enfermo desde el 10. Llegó en el período de estado. Baños, inyecciones hipodérmicas, etc.; 11 V. y 5 C., se suceden en breve plazo. Una E. á las 10 y 30 p. m., devuelve 2600 gramos. En la noche 2 C. y 3 V.

Enero 13—T. 36.6.—P. muy pequeño 99. A las 12, 2ª E, solo penetran 1800 gramos y salen 1060. En la tarde 3 C. y 1 V.—T. p. m. 37.1. A las 11 p. m. 3ª E, devuelve 2300 gramos. En la noche 1 V. y 3 C.

Enero 14—T. 36.4.—P. mejor 92, 4ª E. de 1160 gramos, no puede apreciarse la cantidad eliminada; 2 C.—o V.—T. p. m. 36.5.

Enero 15—T. 36.4.—P. 84.—2 C.—T. p. m. 36.5. Noche sin novedad.

Enero 16—T. 36.—P. regular 78.—T. p. m. 36.8.

Enero 17—T. 37.—P. normal.—T. p. m. 38.5.—1 C. en la noche pero fecal.

Sigue bien, alta el 25.

Observacion XXIX

Período de estado—Muerte

Cepeda R., argentino, 28 años, albañil, calle Piedras 628. Sala «Dr. Doncel» núm. 27.

Enfermo desde el 8 de Enero á las 4 p. m. Entró el 9 á las 11 a. m. en el tercer período de la enfermedad.

Hasta las 3 p. m. 3 C. Se practica una E. devolviendo todo. T. 34.6.—P. perdido. En la noche 4 C. A las 10 p. m. E. de 3000 gramos, devuelve 1300.

Enero 10—T. 36.5. A las 10, E. de 2000 gramos, salen 1910. Se insiste en el tratamiento estimulante. T. p. m. 36.9, pulso se siente pero incontable, 6 C. y 3 V. A las 10 p. m. E. de 3 litros, salen 1310 gramos. 6 C. y 4 V. en la noche.

Enero 11—T. 36.6.—P. débil. A las 10 a. m. E. de tres litros, se eliminan 1060. 3 C. despues. T. p. m. 35.8.

Síntomas generales graves. Anúria.

Enero 12—T. 35.5.—P. mal. E. á las 10 a. m., devuelve 2130 gramos. Ventosas, diuréticos é inyecciones de acetato amoníaco sin conseguir nada. Muere á las 6 p. m.

Observacion XXX

Período de estado—Muerte

Piarazo Pascual, italiano, 25 años, albañil, Charcas número 922. Sala «Dr. Doncel» núm. 9.

Enfermo desde el 12 de Enero. Entró el 13 á las 4 p. m. en el período de estado. Baños, inyecciones de acetato amoniaco, fricciones, etc. A las 11 p. m. despues de 2 C. y 4 V. una E., devolviendo 2230 gramos. En la noche 1 C., pero muere á las 4 a. m. del 13.

Observacion XXXI

Segundo período—Curacion

Mandin A., español, 33 años, mucamo. Sala «Dr. Doncel» núm. 11.

Entró el 10 de Enero á las 4 p. m., datando su enfermedad desde 5 dias atrás en que empezó por diarrea, vómitos, calambres, etc.

Su estado general es bueno; hasta las 8 p. m. 5 C. y 2 V. Una E. de la que solo entran 1000 gramos, devolviendo 800. En la noche 5 C.

Enero 11—T. 37.4.—P. 94. A las 10 y 40 a. m. 2ª E., entrando tres litros y saliendo 2680 gramos. Una deposicion en el dia; en la noche seis. T. p. m. 37.4.

Enero 12—T. 38.—P. 92. A las 10 y 30 a. m. 3ª E., devuelve 2500 gramos; luego 3 C, y á las 10 p. m. 4ª E., devolviendo 2700 gramos. T. p. m. 37.6.

Enero 13—T. 36.5, p. m. 37.2, pulso regular. Se suprime la E.

Enero 14—T. 37.1. Sigue bien. El 16, convalecencia.

OBSERVACION XXXII

Segundo período—Curacion

Cinelli N., italiano, 34 años, gasista, entró el 12 á las 9 a. m.—Sala «Pietranera» núm. 43.

Enfermo desde el 8 con los síntomas del anterior, aunque con mayor depresion del pulso. 4 C. y 2 V. en el dia. A las 10 p. m. una E., devolviendo 2550 gramos. T. 36.6. P. 90. En la noche 2 C. y 2 V.

Enero 13—T. 36.7. P. 84. A las 12, 2ª E., devolviendo 2500 gramos. 1 V. y 4 C. en el dia. A la noche 3ª E. á 39°; devuelve 2900 gramos. T. p. m. 36.6.—P. 88. En la noche 1 C.

Enero 14—T. 36.1.—P. 62.—T. p. m. 36.5. En la noche 1 C.

Enero 15.—T. 36, p. m. 37.8. Pulso lento 59 á 60. No hay otra novedad.

Enero 16—T. 36.2, p. m. 37.2.

Sigue bien hasta el 20, en que se levanta.

Observacion XXXIII

Segundo período — Curacion

Masterse P., italiano, 27 años, jornalero, de la calle Andes 444. Sala del «Dr. Doncel» núm. 2.

Se enfermó el 13 á las 9 a. m., entrando el mismo dia á las 5 p. m.

Aspecto general bueno, estremidades frias, poca demacracion, pulso débil. Hasta las 8 p. m. 6 C. A las 11 p. m. 1ª E. penetrando solo 2500 gramos de la solucion, pero saliendo en cambio 3240 gramos.

En la noche ni C. ni V.

Enero 14—T. 36—P. 85—3 C. y 1 V. A las 11 p. m. 2ª E., devolviendo 4000 gramos. Dia sin novedad; noche 1 C.—T. p. m. 36.8.

Enero 15—T. 36.8—P. 88—T. p. m. 37.4. En la noche 1 C. fecalóidea. Sigue bien. Convaleciente el 17.

Observacion XXXIV

Período de estado — Muerte

Escobar S., argentino, 32 años, jornalero, calle de Caseros 855. Entrado el 14 á las 2 a. m. Sala «Dr. Doncel» núm. 18.

Está enfermo desde el 13 á las 3 p. m.

Aspecto grave: sin pulso, frio. T. 35.6. etc. Como hubieran deposiciones, á la 1 p. m. 1ª E., entrando 2000 gramos y saliendo 1500. 2 C. y 3 V., en el dia. En la noche 2 C.—T. p. m. 36.9.

Enero 15—T. 36.5—P. pequeñísimo. A la 1 p. m. 2ª E., devuelve 2500 gramos—T. p. m. 37.9. Los demás síntomas se agravan y muere el 16 á las 3 a. m.

Observacion XXXV

Período de estado — Muerte

Rivero Manuel, argentino, 67 años, mucamo, calle de Santa-Fé 552. Sala «Dr. Doncel» núm. 21.

Enfermo desde el 16 á las 11 p. m., entrado el 17 á las 3 a. m.

Aspecto grave y síntomas pronunciados del período de estado—4 C. 1 V.—T. a. m. 36.8—1ª E. á la 1 a. m., introduciéndose 2500 gramos y saliendo 2200—T. p. m. 36.4; P. pequeñísimo. En la noche 4 C. Estado comatoso, anúria, enfriamiento creciente y luego la muerte el 18 á las 6 a. m.

Observacion XXXVI

Período de estado — Curacion

Moreno T., argentino, 27 años, soldado de la Artillería. Sala «Pietranera» núm. 49.

Enfermo desde el 18 por la noche, entrado el 19 á las 10 p. m.

Aspecto grave: demacracion, enfriamiento, cianosis; sin pulso, áfono, etc., etc.

En la noche 5 C.—Tratamiento ordinario.

Enero 20—T. 37—P. pequeño. A las 11 y 30 a. m. 1ª E., devolvió 2590 gramos. En el dia 2 C. y 1 V.—T. p. m. 37.4. A las 10 p. m. 2ª E., devuelve todo.

Enero 21—T. 36.5.—P. débil 65—2 C. A las 9 p. m. 3ª E., devolviendo todo.—T. p. m. 37.8.

Enero 22—T. 37.—P. regular 70—2 C.—T. p. m. 37.4. En la noche 1 C.

Enero 23—T. 36.9.—P. 68. A las 11 y 45 4ª E., devolviendo todo—T. p. m. 38.

Enero 24—T. 37.2.—P. 70—T. 37. p. m. En la noche 1 C.

Enero 25—T. 37, pulso normal.

Enero 26—T. 36.7. Alta el 31.

Observacion XXXVII

Período de estado — Muerte

Barchi E., italiano, 5 años, de la 6ª Circunscripcion. Sala «Dr. Furts» núm. 24.

Entró el 23 de Enero á la 1 p. m.

Aspecto general grave: todos los síntomas del período de estado. Se hace una E. con 5 centígramos de bicloruro de hidrargirio en un litro de agua á 39°, devolviendo toda la solucion. T. 35.7. Ni C. ni V. En la noche 2 C.

Enero 24—T. 36. Fallece á las 11 a. m.

Observacion XXXVIII

Período de estado — Curacion

Abejon J., español, 19 años, carrero, Paseo Colon 157. Sala «Dr. Doncel» núm. 17.

Enfermo desde el 13 de Enero á las 9 a. m.; entrado el 14 á la 1 a. m.

Estado actual: cianosis, enfriamiento, afónico, respiracion suspirosa, pulso suprimido; aspecto general muy grave.

Tratamiento referido en estos casos.

Muchos vómitos, muchas deposiciones diarréicas. T. 35.6. Se ordena *cachets* de subnitrato de bismuto y ácido tánico (25 centig. por 1). 3 C. mas en el dia—T. p. m. 36.5. A las 11 y 30 p. m. 1ª E., devolviendo 2660 gramos. En la noche solo 2 V.

Enero 15—T. 36.2—3 V.—1 C.—T. p. m. 36.4. En la noche 2 C. y 2 V. Además de insistir en los baños, inyecciones de acetato de amoniaco, se dá al interior una pocion estimulante.

Enero 16—T. 36.—P. pequeño. A la 1 p. m. 2ª E., penetran 2500 gramos y salen 2300.—2 C. en el dia.—T. p. m. 36.7. En la noche 1 C.

Enero 17—T. 36.7.—P. pequeño. A la 1 p. m. 3ª E., se introducen 1600 gramos y salen 1450—1 C. y 1 V.—T. p. m. 36.8. Pulso pequeño 83. En la noche ninguna novedad.

Enero 18—T. 37.—P. regular 76.—T. p. m. 37.4—P. bien. Se suspende la E.

Enero 19—T. 36.5.—P. 60—T. p. m. 37.2—3 C. en la noche.

Enero 20—T. 36.8.—P. 86. A las 11 y 30—3ª E., devolviendo 2600 gramos—2 C.—T. p. m. 37.

Enero 21—T. 37.2.—P. 82—T. p. m. 37. Sin novedad.

Enero 22—T. 36.5.—P. 84—T. p. m. 38. En la noche 1 C.

Enero 23—T. 36.9—P. 76—T. 37.—5 C. entre dia y noche.

Enero 24—T. 37.3—P. 72 regular. Se suspenden unos paquetes de calomel (10 centíg. c/u.), que desde el 23 se prescribieron cada 2 horas). En el dia 2 C.—T. p. m. 38. En la noche 1 V. y 2 C.

Enero 25—T. 37.4—P. lleno 80. Se vuelve al calomel. Congestion cerebral activa. Ni C. ni V.—T. p. m. 38. En la noche 3 C. y 1 V.

Enero 26—T. 37—P. 82—1 C.—T. p. m. 38.3. Hielo á la cabeza.

Enero 27—T. 37.5. El estado cerebral se despeja; el sueño comatoso disminuye, pero comienza un delirio de palabra, algo activo. Sigue su medicacion interna y local; p. m. T. 38.3. Una cámara biliosa en la noche.

Enero 28—T. 37.5, p. m. 38.5.—P. fuerte 90; delirio. Orina bien.

Enero 29—T. 37.9. Continúa el delirio. T. p. m. 39. Agitacion—insomnio. Sigue el tratamiento.

Enero 30—T. 37.6, p. m. 38.4.—P. 86. Dia y noche mas calmado.

Enero 31—T. 37. p. m. 38.—P. 78. Sigue bien.

Febrero 1°—T. 38, p. m. 38.4. Sigue regular.

Febrero 2—T. 37.2, p. m. 37.5.—P. 86 lleno. Una deyeccion fecal. Desde este dia en adelante se regulariza hasta el 21, en que sale de alta.

Observacion XXXIX

Período de estado — Curacion

Diorio G., italiano, 30 años, jornalero, remitido de Palermo. Sala «Dr. Doncel» núm. 8.

Se enfermó el 13 de Enero á las 4 p. m. y entró el 14 á la misma hora.

Estado actual: el correspondiente á este período en todos sus caracteres. 4 C. en el dia. Además del tratamiento apropiado, á las 11 y 30 p. m., se le practicó la 1ª E., devolviendo 2700 gramos. En la noche 2 C.—T. p. m. 36.4.

Enero 15—T. 36.4.—P. apenas perceptible. A las 9 a. m. 2ª E., devolvió 2800 gramos. 3 V. y 3 C. en la noche, 4 C. y 3 V.—T. p. m. 37.

Enero 16—T. 36.7.—P. sigue pequeñísimo. A la 1, 3ª E., se introducen 2000 gramos y salen 2150.—1 C. y 1 V.—T. p. m. 36.5. En la noche 1 C. y 1 V.

Enero 17—T. 35.8—P. pequeño. En el dia 3 C. y 1 V. A las 3, 4ª E., devolviendo 2250 gramos. T. p. m. 36.7.—P. débil 72. En la noche 3 V.

Enero 18—T. 36°. 6—P. 80—1 C.—T. p. m. 37.4—P. 80.

Enero 19—T. 36.—P. 76. Se dá un diurético.—T. p. m. 37.—3 C.

Enero 20—T. 37—P. 68. lleno. A las 11 a. m. 5ª E., cantidad devuelta 2500 gramos.—T. p. m. 37.4.

Enero 21—T. 36.7 p. m. 37. Sigue bien. Alta.

Observacion XL

Período de estado—Muerte

Rodriguez R., argentino, 23 años, soldado de la Artillería.—Sala «Pietranera» núm. 42.

Se enfermó el 13 de Enero por la mañana con los primeros síntomas del cólera y entró el 14 á las 11 y 30 p. m.

con todos los fenómenos del período de estado: algidez, cianosis, afonía, sin pulso, etc., T. 35.9. Se ordenan baños, inyecciones hipodérmicas de acetato de amoniaco, fricciones, etc. En la noche 15 C.

Enero 15—T. 36.1. A las 10, 1ª E. de 3000 gramos, saliendo casi inmediatamente 3500. 1 V. y 1 C.—T. p. m. 36.5.

Enero 16—T. 37.—2 C. en el dia.—T. p. m. 36.7. En la noche 1 C. y 6 V.

Enero 17—T. 36.—3. C.—T. p. m. 36.6. 2ª E. á las 11 p. m., devolviendo 2500 gramos. En la noche 2 C.

Enero 18—T. 36.5.—P. débil 62. Se insiste con los baños é inyecciones.—Ni V. ni C.—T. p. m. 37.3.—P. débil y pequeño 86. Anúria desde ayer. Coma profundo. Hielo al cráneo—revulsivos renales. En la noche 2 C.

Enero 19.—T. 36—P. 82. (Calomel á dósis refractas), 1 C.—T. p. m. 36.1. Se ordena un diurético. En la noche 3 C.

Enero 20—T. 36.—P. 80, débil—Sigue el coma. (Sanguijuelas á los apófisis mastoides, 8)—1 C. — Ventosas secas region renal—T. p. m. 36.5—3 C. en la noche.

Enero 21—T. 36.6—Fallece á la 1 p. m.

Observacion XLI

Período de estado—Curacion

Suc E., francés, 36 años, changador, Garay 394—Sala «Dr. Doncel», núm. 4.

Enfermo desde el 16 de Enero á las 7 a. m.—A causa segun él de una embriaguez. Entró el 18 á las 6 p. m. con enfriamiento, cianosis, sin pulso y demás síntomas del pe-

ríodo de estado ó álgido. Se pone en práctica el tratamiento usual en estos casos. En el resto de ese dia, 5 C. por lo que se practica una E. de la que devuelve 2096 gramos. En la noche 3 C.

Enero 19—T. 36.4—P. débil y pequeño, incontable. A la 1 p. m. 2ª E. que hace introducir solo 2500 gramos de la solucion, pero en cambio salen 2750 gramos—4 V. y 3 C. en el dia—(vejigatorio epigástrico). T. p. m. 37—En la noche 3 C.

Enero 20—T. 36.5—3 V. y 2 C.—T. p. m. 37. A las 9 y 45 p. m. 3ª E., de la que salen 2120 gramos—1 C. y 5 V. despues.

Enero 21—T. 36.5—P. pequeño 64—T. p. m. 36.8—3 C. y 2 V.

Enero 22—T. 36.5—P. 66. A la 1 p. m. 4ª E., devolviendo 2590 gramos—3 C. y 1 V., despues—T. p. m. 37. A las 10 p. m. 5ª E. á 39°, devolviendo 3200 gramos—3 C. y 2 V. despues.

Enero 23—T. 36.6—P. 62, débil. A las 11 y 30 a. m. 6ª E., devolviendo la misma cantidad, 3000 gramos—T. p. m. 36.7. En el resto del dia y noche 2 C. y 3 V.

Enero 24—T. 36.2—P. 60, débil. A las 11 a. m. 7ª E., que introduce 2900 gramos y salen 2180—2 C.—T. p. m. 36.2. A las 10 p. m. 8ª E., cantidad devuelta 3600 gramos. En la noche 2 C.

Enero 25—T. 36.2—P. 64 regular. Se dan *cachets* (subnitrato bismuto 25 centíg. ácido tánico 2 centíg.). A las 11 a. m. 9ª E., de la que elimina 2600 gramos—4 C.—T. p. m. 36.9. Se siguen los *cachets*. En la noche 2 C.

Enero 26—T. 36.7—P. 72, lleno—2 C.—T. p. m. 36.7. En la noche 2 C.

Enero 27—T. 36.5. Siguen los *cachets*—1 C.—T. p. m. 36.5.

Enero 28—T. 37, pulso normal—Convalecencia.

Observacion XLII

Período de estado—Muerte

Bernasconi J., italiano, 47 años, cocinero. Sala «doctor Doncel» núm. 1.

Enfermo desde el 17 de Enero á las 7 a. m. Segun él, tuvo ese dia 35 cámaras líquidas y abundantes; entró el 18 á las 11 y 30 a. m. En el dia 3 C. y 2 V. Síntomas típicos del período de estado de la enfermedad. T. 36.9.—P. pequeñísimo. A las 10 p. m. 1ª E. y eliminó 2090 gramos. En la noche 4 C.

Enero 19—T. 36.7—P. pequeño 64. A la 1 p. m. 2ª E. y eliminó 2370 gramos de la solucion—1 C. y 1 V. luego. T. p. m. 37.1. En la noche 3 V. y 2 C.

Enero 20—T. 36.6—P. pequeño 72. A las 11 a. m. 3ª E. de 2000 gramos y salen 1700—2 C. despues—T. p. m. 36.5. A las 9 y 45 p. m. 4ª E., de la que solo entran 1500 gramos y salen 2000. En la noche 2 V. y 2 C.

Enero 21—T. 36.6—P. regular 80—2 C. y 2 V.—T. p. m. 37—P. mas pequeño que hoy, 89. A las 9 p. m. 5ª E., entran 2000 gramos y salen 2300. Noche sin novedad.

Enero 22—T. 36.4—2 C.—T. p. m. 37.1. A las 10 p. m 6ª E. de 1900 gramos á 39° y se eliminan 1600.

Enero 23—T. 36.4—P. pequeño 89. Está comatoso y anúrico—Mismo tratamiento del anterior. T. p. m. 37.8.

Enero 24—T. 35.8—P. pequeño 80. Sigue el mismo estado—T. p. m. 36.

Enero 25—T. 36.4—P. 99, muy débil. Fallece á la 1.

Observacion XLIII

Segundo período — Curacion

Suconi B., italiano, 54 años, cocinero, Zeballos 54. Sala «Dr. Doncel» núm 25.

Enfermo desde el 17 de Enero por la noche, con diarrea, vómitos, etc. Entró el 18 á las 11 p. m. con pulso pequeño, piel algo fria, poca cianosis, etc. En la noche 5 C. y 2 V.

Enero 19—T. 36.5—P. 72 débil. A la 1 p. m. 1ª E., que introducen 2300 gramos y solo salen 3100. T. p. m. 37.4.

Enero 20—T. 36.5—P. 80—T. p. m. 36.8. Sigue bien.

Enero 22—T. 36.7—P. normal.

Sale de alta el 26.

Observacion XLIV

Segundo período—Curacion

Celso J., argentino, 40 años, soldado del 11 de caballería—Sala «Pietranera», núm. 50.

Enfermo desde el 26 de Enero, con diarrea, vómitos y calambres. Entró el 28 á las 10 y 40 p. m.; conservaba aun el pulso, pero muy pequeño. — Estaba cianótico, poco enfriamiento periférico—aspecto general, regular. Tratamiento comun. En la noche 3 C. y 7 V.

Enero 29—T. 36.5.—P. débil. A las 10 a. m., 1ª E., la devuelve toda—2 C. y 3 V. despues.—T. p. m. 37.2; á las 9 2ª E., devuelve 2590 gramos. En la noche, 2 C. y 3 V.

Enero 30—T. 36.5.—P. 82. En el dia 6 C. y 5 V.—T. p. m. 38—A las 10 y 15 p. m. 3ª E., devolviendo todo el líquido. Noche sin novedad.

Enero 31—T. 36.5—P. 71, lleno. Sin novedad—T. p. m. 36—En la noche 1 C.

Febrero 1—T. 36.7—P. 70 regular—1 C.—T. p. m. 37.1 —En la noche 1 C.

Febrero 2—T. 36—P. 72. Sigue bien—Alta.

Observacion XLV

Período de estado—Muerte

Diaz, A., argentino, 18 años, soldado de la Artillería— Sala «Pietranera» núm. 60.

Se enfermó el 17 por la noche con los síntomas habituales y entró el 18 á las 10 p. m.

Estado actual: El característico del período grave.—4 C. en la noche.

Enero 19—T. 36.1—P. pequeño 79. A la 1, 1ª E. de la que elimina 2500 gramos—1 C. despues—T. p. m. 36.4. En la noche 4 C. y 3 V.

Enero 20—T. 36—P. regular 84—A las 11, 2ª E. devolviendo todo.—2 C.—T. p. m. 36.

Enero 21—T. 37.1—P. 88. A la 1, 3ª E., devolviendo 2500 gramos—1 C.—T. p. m. 37.1—1 C. en la noche— Orina casi suprimida.

Enero 22—T. 36.6—P. 86, pequeño. Sopor;—se suspende la E. y se manda hielo al cráneo, sanguijuelas á la cabeza, diurético.—2 C.—T. p. m. 36.6.

Enero 23—T. 36.5—P. muy pequeño 96 -Sigue el coma —repítese la emision sanguínea,—fallece á las 11 y 30 a. m.

Observacion XLVI

Segundo período—Curacion

Montaldi J., italiano, 32 años, jornalero, remitido de la 6ª Circunscripcion—Sala «Pietranera» núm. 54.

Entró el 19 de Enero, con los síntomas propios á este grado de crecimiento de la enfermedad. Se pone en tratamiento y á la 1 despues de 2 C. abundantes, se hace la 1ª E. de la que espele toda la solucion, 3000 gramos—T. p. m. 36.5—P. regular; 5 C. en la noche.

Enero 20—T. 37—P. 60. A las 11 y 20 a. m., 2ª E, espele 2590 gramos—T. p. m. 36.5 1.—C.

Enero 21—T. 36.6—P. 62—1 C.—T. p. m. 37.5—1 C.

Enero 22—T. 36.2—P. 65—T. p. m. 37.1.

Enero 23—T. 36.3—Pulso normal.

Enero 24—T. 36.4—P. 60—Dolores renales—T. p. m. 37.

Enero 25—T. 36 7—p. m. 36.5.—En el dia 2 C. y noche una.

Enero 26—T. 38.5—p. m. 38.6.

Enero 27—T. 38.2—p. m. 38.

Enero 28—T. 38.2—p. m. 38.4.

Enero 29—Dolor toráxico, disnea, congestion pulmonar, que dura hasta el 10 de Febrero en que el enfermo sale de alta.

Observacion XLVII

Primer período—Curacion

Foliolon P. J., francés, 35 años, jornalero, del Hotel de Inmigrantes. Sala «doctor Doncel» nº 15.

Se enfermó el 18 de Enero con diarrea abundante y frecuente.

Entró el 19 á las 6 p. m.

Se pone en observacion.

En la noche, 6 deposiciones características.

Enero 20—T. 36.6.—P. 80. A las 11, 1ª E., devuelve 3300 gramos; luego 2 C.—T. p. m. 36.5. A las 9 p. m. 2ª E., de la que solo penetran 2500 gramos y salen 2280.

En la noche 3 C.

Enero 21—T. 36.6.—P. 85. A las 11 2ª E., devuelve 3300 gramos; luego 2 C.—T. p. m. 36.6. A las 9 p. m. 3ª E., de la que solo penetran 2500 gramos y salen 2280.

En la noche 3 C.

Enero 22—T. 36.5.—P. 84. A la 1 y 30, 4ª E., devolviendo 2500 gramos.—T. p. m. 37.—P. regular 88.

En la noche 2 C.

Enero 23—T. 36.4.—P. 84. A la 1, 5ª E., penetrando 2890 gramos y saliendo 2560. 2 C.—T. p. m. 37. A las 10 y 30 p. m. 6ª E., espeliendo 2500 gramos.

En la noche 1 C.

Enero 24—T. 36.2.—P. 84. 1 C.—T. p. m. 36.
1 C. en la noche.

Enero 25—T. 36.2.—P. 78, p. m. 36.2. Sin novedad.

Enero 26—T. 35.8.—P. 80, p. m. 36.8. Bien.

Enero 27—T. 36.6, p. m. 36.8. Sigue con esta temperatura que se normaliza el 28.

Alta el 7 de Febrero.

Observacion XLVIII

Segundo período—Curacion

Amaya L., argentino, 30 años, corralero. Sala «doctor Doncel» nº 3.

Enfermo desde el 17 por la noche y entró el 19 á las 3 p. m.;—pulso débil, cianosis de los estremos, temp. 36.5. Voz débil.

En la noche y dia 4 V. y 6 C.

Enero 20—T. 37.—P. 62, pequeño. A las 11 y 30 a. m. 1ª E., devolviendo 3090 gramos. 2 C.—T. p. m. 36.6. 1 C. y 1 V.

Enero 21—T. 36.5.—P. regular, 1 V. y 1 C.—T. p. m. 36.8.

En la noche 1 V. y 3 C.

Enero 22—T. 36.5.—P. 82. Orinas suprimidas desde anoche; mucho sopor y lijero delirio. Sanguijuelas á la cabeza, revulsivos y ventosas á la region renal, diuréticos, hielo al cráneo; se suspende la E. 1 C.—T. p. m. 36.6. En la noche 1 C.

Enero 23—T. 36.3.—P. 86. p. m. 36.4.—1 V. en la noche.

Enero 24—T. 36.5.—P. 84. Ni C. ni V.—T. p. m. 36.5.

En la noche 2 C. y 2 V. Orina poca y espesa; albuminosa.

Enero 25—T. 36.5.—2 V. en el dia.—T. p. m. 36.4. Se despeja.

Enero 26—T. 36.—P. normal.—T. p. m. 36.6.—3 C. en la noche.

Enero 27—Sigue bien, sin fenómenos términos reactivos. Convalecencia y alta.

Observacion XLIX

Período de estado—Curacion

Aldonairo M., oriental, 30 años, jornalero de la Penitenciaria. Sala «Dr. Doncel», nº 22.

Enfermo desde el 16; entró el 20 de Enero á las 6 p. m.

Estado actual: frio, cianótico, pulso imperceptible, afónico, gran hundimiento de los ojos y demacracion, etc.

Tratamiento: baño á 40º, inyecciones, fricciones, etc.

A las 9 y 45 p. m., 1ª E., espeliendo 2600 gramos, luego 7 C. y 5 V.

Enero 21—T. 37.5.—P. débil 60. A la 1, 2ª E. de 2800 gramos y elimina 2500.—2 C. y 2 V. despues.—T. p. m. 37.5.—P. débil 65. A las 9 p. m. 3ª E., devuelve 2000 gramos.

Noche sin novedad.

Enero 22—T. 36.6.—P. 87.—1 C.—T. p. m. 37.5. 1 V.

Enero 23—T. 36.4.—P. 88.—T. p. m. 37.1. Sin novedad.

. Enero 24—T. 36.5.—P. bien.

Enero 25—T. 36.2 —P. bien, normal. Convalecencia.

Observacion L

Segundo período—Curacion

Giordano R., italiano, 25 años, albañil, San Juan 677. Sala «Pietranera» nº 61.

Se enfermó el 22 de Enero á la noche; entró el 25 á las 11 a. m. con los síntomas comunes á este grado de la enfermedad.—T. 36.1, pulso débil, enfriamiento, etc.

A las 8 y despues de la medicacion ordinaria, 1ª E., espeliendo 2600 gramos.

En la noche 6 C. y 4 V.

Enero 26—T. 36.4.—P. 81. A las 10, 2ª E., espeliendo 2580 gramos. En el dia 3 C. y 2 V.—T. p. m. 36.1. En la noche 5 C. y 2 V.

Enero 27—T. 36.—P. 86. A las 10. 3ª E., devuelve 2540 gramos. En el dia 2 C. y 3 V.—T. p. m. 36.5.

En la noche 4 C.

Enero 28—T. 36.—P. 89. A las 9 y 45, 4ª E., espeliendo 3250 gramos. Disminucion notable de la secrecion urinária: revulsivos locales, hielo á la cabeza. 2 C. y 1 V.—T. p. m. 37.1. A las 11 p. m. 5ª E., espele 2570 gramos.

Noche 3 V. y 3 C.

Enero 29—T. 36.6.—P. 83, débil. A la 1, 6ª E., devuelve 2780 gramos. 2 C. luego.—T. p. m. 36.6.

En la noche 1 C.

Enero 30—T. 35.9.—P. débil, 80. 2 C.—T. p. m. 37. 1 C.

Enero 31—T. 36.1.—P. débil 71. 1 C.—T. p. m. 36.1. 1 C. y 1 V.

Febrero 1º—T. 36.2.—P. regular 66. 1 C.—T. p. m. 36.3. 1 C.

Febrero 2—T. 36.—P. 50. Ni C. ni V.—T. p. m. 36.2. 1 C. p. m.

Febrero 3—T. 36.—P. 48.—T. p. m. 36.5.—1 C.

Febrero 4—T. 36.8.—P. 48.—1 C. perfectamente normal.

El corazon sigue latiendo con lentitud pero con fuerza. El 7 todo se regularizó.

Observacion LI

Segundo período—Curacion

Orosco P., argentino, 24 años, soldado del regimiento 11. Sala «Dr. Doncel» nº 12.

Se enfermó el 20 y entró el 21 de Enero á las 6 a. m.

Aspecto general bueno. 3 V. desde su entrada, pulso pequeño. enfriamiento, cianosis. 4 C.—T. p. m. 36.6. A las 10 p. m. 1ª E., devolviendo la misma cantidad.

En la noche 2 V.—y 3 C.

Enero 22—T. 36.5.—P. muy débil. A las 11, 2ª E. á 39º, de la que espele 2390 gramos. 1 C. y 2 V.—T. p. m. 36.7.

En la noche 3 V. y 1 C.

Enero 23—T. 36.6.—P. 86.—T. p. m. 35.6.—Sigue bien.

Enero 24—T. 36.2.—P. 83.—2 C.—T. p. m. 36.2.

En la noche 2 C.

Enero 25—T. 36.5.—P. 88 lleno. En el dia 2 C.—T. p. m. 36.7. Sin novedad.

Enero 26—T. 36.5. P. normal.—T. p. m. 37.5.

Sale de alta el 3 de Febrero.

Observacion LII

Período de estado—Curacion

Rola A., italiano, 23 años, jornalero, de la primera Circunscripcion. Sala «Dr. Doncel» nº 13.

Está enfermo desde el 20 y entró el 21 á las 8 a. m.

Estado actual: los síntomas correspondientes á este período.

Tratamiento: Baños, inyecciones, fricciones, etc. 3 V. 2 C.

A las 9 p. m. 1ª E., espele 3400 gramos. Noche sin novedad. T. p. m. 36.

Enero 22—T. 36.2.—P. inapreciable.—T. p. m. 36.4. 1 V. y 3 C.

Enero 23—T. 36.3.—P. muy débil. A las 11, 2ª E., devuelve 2600 gramos. 1 C. y 2 V.—T. p. m. 36.5.

Enero 24—T. 36.1.—P. débil, 92.—T. p. m. 36.1. En la noche 2 C. y 1 V.

Enero 25—T. 36.4.—P. 89. A las 2 p. m. 3ª E., devolviendo toda la cantidad, 3 C. y 1 V.—T. p. m. 36.6.

A las 10 p. m. 4ª E., espele 2800 gramos.

En la noche 1 C.

Enero 26—T. 36.—P. regular. Ni C. ni V.—T. p. m. 36. En la noche 2 C.

Enero 27—T. 37.5.—2 C. en la noche.—T. p. m. 37.8.

Enero 28—T. 36.7.—P. normal. Sigue bien.

Enero 29—T. 36.4. Se levanta. Está convaleciente.

Observacion LIII

Período de estado—Muerte. (Tratamiento Enteroclísis y calomel.)

Vasquez J., español, 44 años, jornalero, calle de Pavon nº 338. Sala «Pietranera» nº 62.

Enfermo desde el 22 Enero. Entró el 25 á las 7 p. m.

Aspecto grave y síntomas pronunciados del período de estado de la enfermedad.

Se ordenan baños, inyecciones, etc.

3 C. y 2 V. A las 9 y 30 p. m. 1ª E., devolviendo la mitad.

En la noche 3 C. y 4 V.

Enero 26—T. 36.—P. débil, sigue el mismo tratamiento. A las 10 a. m. 2ª E., espeliendo 2560 gramos. 1 C. y 3 V. T. p. m. 37. Se suspendió la E. por el dolor intenso á causa de las hemorróides. Se dá 1 gramo de calomel y cocaina para los V.

En la noche 3 C. y 6 V.

Enero 27—T. 36. P. débil 74. Cada 2 horas 2 centígramos de calomel.

En el dia 3 C. y 4 V. T. p. m. 37.5.

En la noche 1 C. y 3 V.

Enero 28—T. 36.5.—P. 66 débil. Sigue el calomel.

En el dia 4 V. T. p. m. 36.4.

En la noche 1 V.

Enero 29—T. 36.4.—P. 64 muy débil. T. p. m. 36.4.

En la noche 1 V.

Enero 30—T. 36.1. Sin pulso.

Muerte á las 11 a. m.

Observacion LIV

Período de estado—Curacion

Stabolli A., italiano, 37 años, albañil, Bermejo 375. Sala «Dr. Doncel» núm. 23.

Enfermo desde el 20 de Enero y entrado el 22 á las 3

p. m. con enfriamiento, cianosis, demacracion, calambres, afonía, etc. Se hace el tratamiento indicado. En la noche 5 C. y 1 V.

Enero 23—T. 36.2—P. pequeñísimo y débil. A las 11 a. m. 1ª E., espeliendo todo.—T. p. m. 36.7—1 C. en la noche.

Enero 24—T. 35.9—P. débil. A las 11, 2ª E., devolviendo 2230 gramos. En el dia 4 C.—T. p. m. 35.9. A las 10 p. m. 3ª E., y espele 3200 gramos. En la noche 2 C. y 2 V.

Enero 25—T. 36.1—P. débil 92. A las 2 p. m. 4ª E., devolviendo 3200 gramos—3 C. luego—T. p. m. 36.3—2 C. en la noche.

Enero 26—T. 36—P. mejor, 90. A las 10 y 30 a. m. 5ª E., devolviendo un poco mas de lo inyectado—luego 2 C.—T. 36.8. Noche sin novedad.

Enero 27—T. 36.8—P. normal—ni C. ni V.—T. p. m. 36.9. Una C. en la noche.

Enero 28—T. 36—P. normal. Se alimenta.

Enero 29—Convaleciente.

Observacion LV

Período de estado—Muerte

Franguer L., suizo, 27 años, lavandero, General Brown 375. Sala «Dr. Doncel» núm. 10.

Enfermo desde el 20 de Enero por la mañana, dominando aparte la diarrea, intensos dolores al epigástrio. Entró el 22 á las 10 y 30 p. m., con cianosis, enfriamiento, sin pulso, etc. Tratamiento indicado en tales casos—4 V. y 3 C.

Enero 23—T. 36.4. A las 11 a. m. 1ª E., de la que devuelve 2750 gramos—3 C. y 1 V. despues—T. p. m. 36.5. A las 8 y 30 p. m. 2ª E., penetrando solo 2500 gramos y saliendo 2700. En la noche 4 C.

Enero 24—T. 36—P. muy débil. A las 11 a. m. 3ª E,. devuelve todo—2 C. y 1 V.—T. p. m. 36. A las 10, 4ª E,. que introduce 2900 gramos y salen 2400. En la noche 2 C.

Enero 25—T. 36.2—pulso pequeño 82. Ni C. ni V.—T. p. m. 36.4. En la noche 3 C.

Enero 26—T. 36—P. 80, débil—Disminucion notable de la orina—Se suspende la E. y *se dá un purgante* de 1 gramo de calomel y luego cada dos horas 10 centígramos del mismo medicamento. Hay coma—Ni C. ni V.—T. p. m. 36. Diurético, revulsion renal. En la noche 3 C.

Enero 27—T. 37.7—P. 73—Igual tratamiento mas ventosas escarificadas (2) en la region lumbar. No hay orina —2 C.—T. p. m. 36—2 C. en la noche, pero sigue soporoso.

Enero 28—T. 35—P. pequeño 70. Se repiten las emisiones sanguíneas, sin éxito. A las 5 p. m. falleció.

Observacion LVI

Segundo período—Curacion

Sanchez E., argentino, 21 años, soldado del Regimiento 11 de Caballería. Sala «Dr. Doncel» núm. 14.

Se enfermó el 18 de Enero á la tarde y entró el 21 á las 6 p. m. con pulso pequeño y débil, piel algo fria y azulada en los extremos, con demacracion y respiracion anhelante, etc. Se le trata por el tanino y el ópio (1 centígr. por 2 centígr. en píldoras). Por la noche 2 C.

Enero 22—T. 36.5—P. 75; el mismo tratamiento. En el dia 3 C.—T. p. m. 37.5—1ª E. á la noche con 2700 gramos y devuelve 2500. En la noche 3 C.

Enero 23—T. 36.4—P. 88. A las 11 2ª E., entrando 2900 gramos y saliendo 2600—2 C.—T. p. m. 36.5.

Enero 24—T. 36.9—P. 86—2 C.—T. 36.9. A las 10 y 30, 3ª E., saliendo todo.

Enero 25—T. 36.8—P. normal. Sin novedad—T. p. m. 36.7.

Enero 26—T. 36.8—P. bien. Se levantó. Convaleciente.

Observacion LVII

Segundo período—Curacion

Lahargue J., francés, 23 años, lavandero, General Brown 357—Sala «Pietranera» núm. 47.

Entró el 23 de Enero á las 8 a. m. con los síntomas de este período y habia comenzado cuatro dias antes la diarrea abundante que aún persiste—T. 36.8—1 C.

A las 11 y 30 a. m. 1ª E., de la que devuelve 2590 gramos—2 C.—T. p. m. 37.2—En la noche 3 C.

Enero 24—T. 36.5—P. 79, débil—A las 11 y 30, 2ª E. devolviendo casi la misma cantidad—4 C.—T. p. m. 36.2. A las 9 y 40 p. m. 3ª E., devuelve todo. Noche 5 C.

Enero 25—T. 36.5—P. 83—A las 11 a. m. 4ª E—devuelve todo—2 C.—T. p. m. 37—A las 9 p. m. 5ª E—devuelve 2680 gramos—Noche 1 C.

Enero 26—T. 37—P. normal—1 C.—T. p. m. 37.3.

Enero 27—T. 36.5—P. normal—Convalecencia.

Observacion LVIII

Segundo período—Curacion

Escudero M., argentino, 25 años, soldado del 11 de Caballería—Sala «Pietranera» núm. 43.

Enfermo desde el 22 á las 2 p. m. con diarrea, vómitos y dolores al epigástrio, etc. Entró el mismo dia á las 11 p. m.—Su estado general era bueno, 4 C.

Enero 23—T. 36.4—P. 84 débil. A las 11 y 30 a. m. 1ª E., espeliendo 2650 gramos—2. C., despues. A las 3 p. m. 2ª E. devolviéndola íntegra—T. p. m. 36.8—Ninguna C.

Enero 24—T. 36.1—P 88, regular—1 C.—T. p. m. 36.8 —Noche bien.

Enero 25—T. 36.8—P. normal. Sin novedad, p. m. 37—Noche sin novedad—Convalecencia.

Observacion LIX

Período de estado—Curacion

Barbieri A., italiano, 36 años, jornalero, del Paseo de Julio—Sala «Pietranera» núm. 59.

Se enfermó. segun dice, el 25 de Enero á las 12 del dia, con los síntomas comunes á la invasion, entrando el mismo dia á las 11 p. m. Su estado era regular, aunque el pulso era tan pequeño que no podia contarse,—enfriamiento, principio de cianosis que se pronuncia pronto—áfono—demacracion no muy intensa, etc. Tratamiento indicado—10 V. y 11 C. en el resto de la noche.

Enero 26—T. 36.5—P. débil, incontable—anúria—Se ponen ventosas secas á la region renal—se insiste con los

baños, las inyecciones y el hielo al cráneo. 1ª E., 2 V. y 2 C. despues; en la noche 3 C. y 2 V.—T. 37.

Enero 27—T. 36.5—sigue como antes. A las 9.30 a. m. 2ª E., devolviendo todo—4 C.—T. p. m. 36.5—A las 10 de la noche 3ª E., solo espele 2590 gramos—En la noche 3 C.

Enero 28—T. 36.3—P. pequeño 72. A las 9 y 40, 4ª E. devolviendo 3060 gramos—1 C.—T. p. m. 37—1 C. en la noche.

Enero 29—T. 36.5—P. pequeño 70—1 C.—T. p. m. 37.3—1 C. en la noche.

Enero 30—T. 38.4—P. 76—En el dia 1 C.—T. p. m. 36—1 C. en la noche.

Enero 31—T. 37—P. 76—1 C.

Febrero 1º—T. 37—P. regular. Sigue bien y con temperatura normal, hasta el 7 en que sale de alta.

Observacion LX

Segundo período—Curacion

Auston A., inglesa, mucama, 23 años. Sala «doctor Fürst» núm. 2. Entró el 30 de Enero á las 12 de la noche, pero hace remontar el principio de la diarrea al 25.

Su estado general era regular, aunque muy fria, casi sin voz y con pulso muy deprimido.

Tratamiento habitual. En la noche 4 C.

Enero 31—T. 36.2—orina disminuida, pulso igual. A la tarde, 1ª E., devolviendo 3090 gramos. T. p. m. 37.2. En la noche 1 C.

Febrero 1º—T. 36.2—2 C. en el dia. Se administra un deurético que soporta apesar los dolores abdominales que

se refieren al principio de la menstruacion. T. p. m. 36.2. Noche sin novedad.

Febrero 2—T. 37—3 C. A las 9, 2ª E. á 39°; devuelve 2500 gramos—T. p. m. 36.2—3 V. y 1 C. Se sigue el mismo tratamiento. En la noche 4 C. y 2 V.

Febrero 3—T. 36.7—P. 79 regular. A la 1 p. m. 3ª E. T. p. m. 37. Sigue bien; ni C. ni V.

Febrero 4—T. 36.2. Sigue bien hasta el 8 de Febrero, en que está convaleciente.

Observacion LXI

Segundo período—Curacion

María E. de L., francesa, 40 años, Caseros 1257. Entró el 5 de Febrero á la noche. Sala «Dr. Furst» núm. 7.

Enferma desde el 2. Síntomas á la entrada, los correspondientes al período de crecimiento.

Tratamiento usual.

Febrero 6—Anoche 7 C.—T. 37. P. regular 80. 1ª E. á las 10 a. m. Solo penetran dos litros, que producen mucho dolor, y devolvió 1600 gramos. En el resto del dia 4 C. Como se niega á seguir este tratamiento, se le reemplaza por el subnitrato de bismuto y ácido tánico en *cachets* (25 centígr. por 1). Sigue bien y está convaleciente el 10 de Febrero, sin ningun accidente.

Observacion LXII

Período de estado — Curacion

Margarita S., argentina, costurera, 38 años—Sala «Dr. Furst» núm. 3.

Entró el 7 de Febrero á las 6 p. m., y estaba enferma desde la mañana: sin pulso—fria, cianótica, afónica, etc.; estado general grave. Tratamiento requerido en ese caso —7 V., 1 C. despues de su entrada—T. 36.1, en la noche 1 C. y 5 V.

Febrero 8—T. a. m. 37—Anúria—Siguen las deposiciones y los vómitos con mucha frecuencia y abundancia. A las 12 del dia 1ª E., devolviendo todo lo inyectado, 3000 gramos;—5 C. y 3 V.—T. p. m. 37. En la noche 1 C. y 6 V.

Febrero 9—T. 36.5—P. pequeñísimo—aparece la menstruacion. T. p. m. 37—P. igual á esta mañana. Se combate la anúria—2 C. en la noche. A las 11 p. m. 2ª E., devolviendo 3250 gramos

Febrero 10—T. 37—P. 78 pequeño aún—Sigue el tratamiento—1 C.—T. p. m. 37.3—Noche sin novedad.

Febrero 11—T. 37—P. regular 80—T. p. m. 37.5—gran timpanismo abdominal—hielo al vientre y agua helada con anís á tomar.

Febrero 12—T. 36.6—P. regular 76—Sigue el timpanismo —Absorbentes (bismuto y creta)—T. p. m. 37.5 —En la noche 2 C.

Febrero 13—37.4—T. p. m. 37.5—Sigue el tratamiento del timpanismo, continuándolo hasta el 28, en que completamente restablecida, sin otra complicacion, sale de alta.

Observacion LXIII

Período de estado—Muerte

Delizzio D., italiano, 21 años, jornalero—Sala «doctor Doncel» núm. 28.

Entró el 5 de Enero á las 5 p. m., y estaba enfermo desde tres dias atrás.

Estado actual: pulso imperceptible, piel sin elasticidad y fria—cianosis muy notable en las estremidades, ojos hundidos—pequeña rigidez de los miembros superiores. T. 36.3. Tratamiento adecuado.

Enero 6—9 C.—postracion, somnolencia, T. 36.2. A las 10 y 30, 1ª E. de 2 1/2 litros, saliendo 2 litros 90 gramos. T. p. m. 36.6—P. pequeño 100—sigue la tendencia al sueño—4 C. y 2 V. A las 6 p. m. 2ª E. con 2500 gramos, salen 1500 teñido por la bilis.—5 C. dos horas despues—3ª E. á esa hora (11 y 20 p. m.) de 1 litro de solucion que es devuelta íntegra (gran repulsion por esta medicacion).

Enero 7—T. 36—P. depresible 99.—4 C. ningun V. 4ª E. de 2200 gramos, devuelve 2100 gramos.—T. p. m. 36.5—P. 98 débil—Coma profundo y anúria desde anoche. Ni C. ni V.—Tratamiento contra la anúria.

Enero 8—T. 36.7—P. 80—p. m. T 36.7 continúa el coma. Ni C. ni V.

Enero 9—T. 36.3—P. 84—p. m. T. 36.6—fuliginosidades en la lengua y encías. Insístese en revulsivos renales y diuréticos.

Enero 10—T. 36.6., p. m. 36.2—P. débil y frecuente, se aplican sanguijuelas á las apófisis mastoides. El dia antes, calomel 1 gramo, que no da resultado.

Enero 11—T. 35.8 p. m. 38—P. filiforme—1 V; mucha inquietud. Muere á las 4 a. m.

Observacion LXIV

Segundo período—Curacion

Antepi A., argentino, 50 años, jornalero, entrado el 7

de Enero y enfermo desde el 6 á las 7 a. m.—Sala «Pietranera» núm. 2.

Estado actual: Pulso regular y débil—T. 37.3—2 V. y 1 C.—Luego se repiten con frecuencia—poca cianosis, etc.—A las 2 p. m. 1ª E., devolviendo 3500 gramos. A la tarde aparece una erupcion congestiva en el tronco y miembros. P. regular 84. T. 36.9 Está algo deprimido y soñoliento.

Enero 8—T. 36.6—ni C. ni V.—hielo á la cabeza y café frecuentemente.—T. p. m. 37.2—1 C. y 1 V.

Enero 9—T. 36.7.—P. normal. En la tarde 2 C.—T. 37. A las 10 p. m 2ª E., devolviendo todo.

Enero 10—Está bien—T. 37.1—P. 60—T. p. m. 36.7, ni C. ni V.

Enero 11—T. 36.6—P. bien—1 C. fecaloidea—T. p. m. 37.5.

Enero 12—T. 37. Sigue sin novedad—Convalecencia.

Observacion LXV

Período de estado—Muerte

Necro A., italiano, 27 años, jornalero—Sala «Dr. Doncel» núm. 3—Entró el 5 de Enero.

Estado actual: El correspondiente á la algidez, con cianosis, sin pulso, demacrado, etc.

Tratamiento habitual á este estado.

En la noche 5 C. y 4 V.

Enero 6—T. 36.5—2 C. A las 10 a. m. 1ª E., saliendo 2500 gramos, 4 horas despues 2 C—Pulso apenas perceptible. T. p. m. 36.4. A las 6 p. m. 2ª E. saliendo casi todo

lo inyectado. A las 8 p. m. 5 C. se habian producido, por lo que á las 11, se hizo una 3ª E., espeliendo 2680 gramos.

Enero 7—T. 36,2—Sin pulso—3 cámaras;—aparecen petequias muy numerosas en el tronco y raiz de los miembros. Anúria, perturbaciones cerebrales depresivas, sopor. A las 10 a. m. 4ª E. de 2500 gramos y devuelve 2000—4 C. luego. Sigue frio y el coma es mas notable—Nada de orina apesar del tratamiento especial que se instituye. T. p. m. 36.7.

Enero 8—2 C —2 V—T. 35—Completo enfriamiento. A la 1 termina.

Observacion LXVI

Período de estado—Muerte

Careves J., argentino, 29 años, entró el 5 de Enero.

Enfermo desde por la mañana con diarrea, vómitos y calambres.

Estado actual: Tipo del estado dicho álgido. Se prescribe el tratamiento acostumbrado—3 C. 4 V. A las 3 p. m. 1ª E., devolviendo 2700 gramos. Luego 4 C. mas, pero fallece á las 5.

Observacion LXVII

Período de estado—Curacion

Pelegrini C., argentino, 35 años, soldado del Regimiento de Artillería. Sala «Pietranera», núm. 53.

Entrado el 3 de Enero.

Su estado actual corresponde al período de estado bien acentuado, y aunque es un indio grande y fornido como

pocos, se halla postrado, frio y sin pulso. Se hace el tratamiento conveniente.

En la noche, muchas C. y V.

Enero 4—T. 36—4 C. á las 10 a. m. 1ª E. devuelve 2750 gramos. Hasta las 6 p. m. 2 C. solamente. T. 36.7 y el pulso vuelve, débil, incontable todavia. A las 8 de la noche 2 C., 2ª E., de la que arroja 2770 gramos.

Enero 5—T. 37.2—P. débil y lento, 60—5 C. y 3 V., vejigatorio al epigástrio—hielo á la nuca. A las 2 p. m. 3ª E., espeliendo 2800 gramos—T. p. m. 37.

Enero 6—1 C.—T. 36.5—p. m. 36.1—P. regular, pero débil 70.

Enero 7—T. 36.5—1 C—T. p. m. 37, ni C. ni V—P. regular, 80.

Enero 8—T. 36.6. p. m. 37.5—1 C. fecaloidea—Sigue bien. Y sin elevarse aun la temperatura ni aparecer complicacion, el enfermo sale curado el 16.

Observacion LXVIII

Período de estado—Curacion

Gana S., italiano, 35 años, de la calle Cerrito 72. Entró el 30 de Diciembre, datando su enfermedad del dia anterior con diarrea, vómitos, etc.

Su estado actual revela el proceso colérico en todo su apogeo. En consecuencia se instituye el tratamiento de órden. Esta medicacion logra apaciguar un momento la intensidad de los síntomas que permanecen lo mismo hasta el 1° de Enero á la noche, en que se manifiestan de nuevo, con vómitos y cámaras contínuas.

Enero 2—T. 36—P. inapreciable, frio, cianótico. En la

noche pasada—10 C. y 9 V—1ª E., devolviendo 3700 gramos. Despues 7 C. y 4 V.—T. p. m. 36.5—A las 10 p. m, 2ª E. de 2500 gramos, devolviendo 2240 gramos.

Enero 3—Anoche 8 C. y 4 V.—mucho dolor al epigástrio—vejigatorio—3ª E. á las 10; devuelve todo lo inyectado—T. 36.5 y p. m. 36.4,

Enero 4—Noche sin novedad—Vuelve el pulso, pero muy débil. Orina casi suprimida (tratamiento apropiado). T. 37 y 37.2 p. m. 2 C.

Enero 5—T. 37.2 p. m. 37.8—Vuelve la orina; pulso 100 pequeño—Sigue sin novedad.

En los dias subsiguientes, la mejoría se mantiene y el 8 está en franca convalecencia.

Observacion LXIX

Segundo período—Curacion—Recaida

Lictrichs J., aleman, 24 años, jornalero; Sala «Dr. Doncel» núm. 4.

Este enfermo despues de salir curado de un primer ataque, refiere que al tercer dia de hallarse en su domicilio perfectamente bien, las cámaras volvieron de nuevo á iniciarse con la misma abundancia de antes, acompañándose de vómitos y demás síntomas que revelaban una verdadera recaida.

Su estado á la entrada (5 de Enero) era: pulso debilitado y filiforme, piel fria y casi sin elasticidad, cianosis, postracion suma, poca demacracion. Se hace el tratamiento habitual y se espera manteniéndolo en observacion.

Enero 6—C. 4 en la noche. T. 36.2, pulso frecuente y muy pequeño. 1ª E. á las 10 a. m.—3 C. despues; 2ª E.,

devolviendo 2000 gramos; T. p. m. 36.4—P. aún débil 72—4 C. además de las anteriores hasta las 11 p. m., en que se hace una 3ª E., devolviendo toda la cantidad.

Enero 7—T. 36.4—4 C.—P. 84, á las 10 a. m. 4ª E, devolviendo 2600 gramos, 1 sola C., despues. P. bien T. 36.

Enero 8—T. 36.8—P. 78—ni C. ni V.—T. p. m. 38.6 1 V. 1 C.

Enero 9—T. 36.8—1 C. p. m.—T. 37, no hay novedad. Sigue bien hasta el 13 en que está convaleciente.

Observacion LXX

Segundo período (?)—*Muerte*

Salvino J. M., argentino, vigilante, entrado el 11 de Febrero.

Enfermo desde varios dias; estaba en el 2º período de la enfermedad, con pulso regular, poco enfriamiento, mucha postracion, en fin un caso de aspecto curable. No habiendo C. ni nada alarmante, es puesto en observacion; pero no habia pasado una hora y media, cuando al volverlo á ver lo hallamos helado, sin voz, cianótico, en fin, en el período de estado mas intenso. Se hace el tratamiento requerido y se practica inmediatamente una E. para combatir la diarrea que en cantidad enorme habia aniquilado al enfermo en tan breve tiempo; á las 11 p. m. se repite la E., pero las C. continúan durante toda la noche.

Febrero 12—Los síntomas mas graves aún subsisten; á las 8 a. m. 3ª E., pero todo es inútil: el mal avanza rápidamente y el colapsus mortal muy pronto se presenta.

Observacion LXXI

Período de estado—Curacion

Heredia J., argentino, 32 años, soldado. Sala «Pietranera» nº 66.

Entró el 16 Enero y está enfermo con diarrea, desde algunos dias antes, la que siguió aumentando en frecuencia y cantidad hasta el dia de su entrada, añadiéndose vómitos y calambres.

Su estado actual corresponde al período de estado. En el dia 7 C. y 3 V.—P. perdido; cianosis, gran enfriamiento. Se hace el tratamiento de ordenanza y á las 4 p. m. 1ª E. de la que devuelve todo el contenido.

En la noche 4 C.

Enero 17—T. 36.4 y p. m. 36.6.—P. pequeño. A las 12, 2ª E. devolviendo 3590 gramos. 2 C. y 5 V. despues.

Noche bien, solo 2 C. y 2 V.

Enero 18—T. 36 p. m. 37.7, ninguna C.—6 V., vejigatorio al epigástrio. P. pequeño 96.

Enero 19—T. 37 y p. m. 36.4.—3 C.—P. débil 80. A las 2 p. m. 3ª E. devuelve 2500 gramos, despues 4 C. y ningun V.

Ayer ligera somnolencia, que cesa con una miccion abundante.

Enero 20—T. 36.3 y p. m. 36.3.—2 C.—P. regular 78.

Enero 21—T. 36.8 y p. m. 37. Sigue bien.

Enero 22—T. 37.2 y p. m. 37. Sigue sin novedad.

Convalecencia el 23.

Alta el 27.

Observacion LXXII

Segundo período—Curacion

Barrios D., argentino, 23 años, entrado el 11 de Febrero á las 7 p. m. con los síntomas propios á esta faz de la enfermedad.

Se pone en ejecucion el tratamiento acostumbrado y se practican 5 E. en los dias subsiguientes, y segun el número y aspecto de las C. que suceden despues de cada una de estas inyecciones.

El 21 de Febrero el enfermo estaba al fin del período de reparacion, que se hizo de un modo gradual y ya estaba completamente curado de su afeccion, cuando fué atacado de una erisipela grave.

En este enfermo, como en la mayoria de los anteriores, la cantidad devuelta despues de cada E., ha sido menor que la cantidad inyectada.

Observacion LXXIII

Período de estado—Curacion

Vazquez P., argentino, 28 años, soldado. Sala «Pietranera» nº 65.

Enfermo desde dos dias antes, presentando á su entrada el 16 de Enero, los síntomas siguientes: enfriamiento, cianosis, afónico, pulso inapreciable. T. 36. Se hace el tratamiento que tal conjunto indica y además seis enteroclísis que devuelve en totalidad. Los síntomas ceden y el enfermo está curado el 26 del mismo.

Observacion LXXIV

Segundo período—Curacion

Bordon J., 44 años, argentino, vijilante. Sala «Pietranera» nº 62.

Entró el 8 de Enero, haciendo ya algunos dias que se habia manifestado la diarrea. Presentaba, estremidades frias, piel sin elasticidad, debilidad de la voz y del pulso. T. 37.1. Se empleó el tratamiento usual y además cuatro enteroclísis, dos, el 8 una el 9 y otra el 10 de Enero; el enfermo mejora y está convaleciente el 16 del mismo. La cantidad devuelta no ha sido la misma; la primera vez eliminó 400 gramos mas que lo inyectado (3000 gramos), la segunda fué devuelta íntegra.

Observacion LXXV

Período de estado—Muerte

Videla T., argentino, 26 años, herrero. Sala «Pietranera» nº 60.

Entró el 16 de Enero y estaba enfermo desde el 14, correspondiendo su estado actual al período arriba indicado, sin pulso y álgido. Se le instituye el tratamiento y además se practican 3 enteroclísis, 2 el primer dia y una el segundo, devolviendo siempre menos cantidad que la inyectada. La reaccion viene, pero incompleta; pues subsiste la anúria que lo llevó á la muerte el 18 á las 12 de la noche.

Observacion LXXVI

Segundo período—Muerte

Lebrero Alfredo, francés, 39 años, fué hallado enfermo en la via pública y remitido el mismo dia, 8 de

Enero, á la Casa de Aislamiento. Sala «Dr. Doncel» número 25.

Sus síntomas á la entrada corresponden al período aludido; se hace el mismo tratamiento, mas cinco enteroclísis, dos el dia de su entrada y una en los dias subsiguientes. Las cámaras disminuyen, pero el mal avanza y pronto se pasa al período de estado, sin lograr por los medios empleados su detenimiento, ni despertar la reaccion, y el enfermo muere el dia 17 á las 11 p. m.

Observacion LXXVII

Segundo período—Curacion

Lauhueso G., chileno, 23 años, soldado, entrado el 16 de Enero, sala «Pietranera», nº 58.

Enfermo desde el 15 á la noche con los síntomas de invasion de la enfermedad, presentando á su entrada el cuadro clínico correspondiente al período de crecimiento del cólera.

Se hace el mismo tratamiento y se practican 5 enteroclísis el primero y segundo dia. El 20, despues de hallarse casi bueno, las cámaras reaparecen, pero ceden por sí mismas, y el enfermo cura el 24 del mismo.

Observacion LXXVIII

Segundo período—Curacion

Robles L., argentino, 27 años, soldado. Sala «Pietranera» nº 57.

Entró el 16 á las 10 a. m. y estaba enfermo desde el dia anterior á las 5 p. m.

Su estado actual se resume en los síntomas que hemos reunido en el 2° período.

Se hace el tratamiento tantas veces referido y á mas 6 enteroclísis, una el 17, otra el 19 y las demás despues.

El enfermo reacciona y cura el 24.

Observacion LXXIX

Segundo período—Muerte

Piccado A., italiano, 40 años, entró el 7 de Enero.

Dos dias de enfermedad, aspecto grave, apesar de conservar el pulso; estremidades frias, cianosis, gran demacracion, anúria, etc.

El mismo tratamiento, mas 4 enteroclísis, que apenas modifican las cámaras; el enfermo fallece á las 2 p. m. del 9 de Enero.

Observacion LXXX

Período de estado—Curacion

Ramos M., argentino, 33 años, vijilante. Sala «Pietranera» n° 64.

Entró el 20 de Enero. Enfermo desde el 18 y llegado en el período álgido ó de estado el mas pronunciado. T. 35.1. Sin pulso.

Tratamiento usual y 4 enteroclísis, 2 el 20, 1 el 21 y 1 el 22; la reparacion con sus síntomas comunes no tarda en presentarse y el enfermo está convaleciente el 25.

Observacion LXXXI

Segundo período—Curacion

Bueno del C., 27 años, italiano, jornalero. Sala «Pietranera» nº 44.

Entrado el 20 con los síntomas del período enunciado. Se somete al tratamiento y se practican 6 enteroclísis, las cuales nos vemos obligados á suspender el 24 por haber sobrevenido síntomas marcados de urémia, que se combaten por los medios apropiados, curando el enfermo, y hallándose ya convaleciente el 31 de Enero.

Observacion LXXXII

Período de estado—Curacion

Funes J., argentina, cocinera, 32 años. Sala Dr. «Furst» nº 2.

Entrada el 18 de Enero, completamente fria y cianótica, etc.

Se la somete al tratamiento apropiado á este período y se practican 6 enteroclísis, 2 el 19, 2 el 22, 1 el 23 y 1 el 24. La reaccion aparece luego y se mantiene hasta el 29 en que se declara la convalecencia.

83—*Período de estado*—Hipólito Andres, francés, bombero, 20 años, contagiado en el Establecimiento y enfermo en la noche del 18 al 19 de Enero; fué hallado en el estado mas grave el 19. *3 enteroclísis* y demás medios.

Muerte el 20.

84—*Segundo período*—Vinelli J., 25 años, jornalero, entrado el 27 de Enero. *4 enteroclísis*; muerte el 30 á las 11 p. m.

85—*Segundo período*—Peloso Francisco, 30 años, jornalero, entrado el 5 de Enero. *5 enteroclísis*, etc. y muerto el 8 á las 5 a. m.

86—*Segundo período*—Magura Francisca, 68 años, italiana, cocinera, entrada el 11 de Enero y enferma desde el 10. *4 enteroclísis*.

Alta el 21.

87—*Período de estado*—Galle Clotilde, 7 años, entrada el 11 de Enero. *2 enteroclísis* de 600 gramos y demás tratamiento.

Cura el 20.

88—*Período de estado*—Gijena M., 2 años, argentino, entrado el 11 de Enero. *3 enteroclísis* y tratamiento apropiado.

Curado.

89—*Período de estado*—Rian T., 32 años, inglés, entrado el 14 de Enero, enfermo desde el 13. *3 enteroclísis* á mas del tratamiento de órden.

Alta el 14 de Febrero.

90—*Período de estado*—Steffano A., 33 años, italiano, zapatero, entrado el 20 de Febrero. 1 *enteroclísis*, etc.

Muere el 21.

91—*Segundo período*—Tune L., 37 años, italiano, albañil, entrado el 14 de Febrero. *5 enteroclísis* y etc.

Alta en Marzo.

92—*Segundo período*—Ruig A., 23 años, inglés, entrado el 8 de Febrero, enfermo desde el 7. *3 enteroclísis*, y *etc*.

Muere el 14.

93—*Segundo período*—Bedons D., italiano, 30 años, entrado el 6 de Febrero. *8 enteroclísis* y etc.

Alta el 14.

94—*Segundo período*—Rueda A., 46 años, español, entrado el 8 de Febrero. *7 enteroclísis* y etc.

Alta el 18.

95—*Segundo período*—Rueda J., 40 años, español, hermano del anterior y entrado el mismo dia. *4 enteroclísis* y etc.

Alta el 20.

96—*Segundo período*—Arguiñarena B., 43 años, entrado el 6 de Febrero. *6 enteroclísis* y etc.

Alta el 23.

97—*Segundo período*—Gama F., 22 años, español, entró el 2 de Febrero de la Penitenciaria. *14 enteroclísis* y etc.

Alta el 21.

98—*Período de estado*—Lozano, soldado de la Artillería, entrado el 18 de Febrero. No están anotadas las veces que se practicó la *enteroclísis*.

Alta el 30.

99—*Período de estado*—Tropallo C., italiano, 60 años, entrado el 12 de Enero y enfermo desde el 10. *2 enteroclísis* y etc.

Muere á las 6 p. m. del mismo dia.

100—*Segundo período*—Gonzalez B., 46 años, paraguayo, entrado el 12 de Enero. *9 enteroclísis*, convaleciente el 16.

101—*Segundo período*—Perez E., 18 años, argentino, entrado el 13 de Enero. *14 enteroclísis* y etc.

Alta el 28.

102—*Período de estado*—Carozal P., entrado el 16 de Enero á las 10 a. m. *2 enteroclísis* y etc.

Muerto el 8.

103—*Período de estado*—Lasarte Pablo, enfermo desde el 7 de Enero, entrado el 8. *2 enteroclísis.*

Muerto el 9.

104—*Período de estado*—Juan Maria, entrado el 9 de Enero. *1 enteroclísis.*

Muerto el 10 á las 2 a. m.

105—*Período de estado*—San Angelo M. Entrado el 9. *9 enteroclísis.*

Alta el 22.

106—*Segundo período*—Nuñez M., entrado el 9 de Enero. *3 enteroclisis.*

Alta.

107—*Segundo período*—Victorica B., entrado el 10 y enfermo desde el 8. *10 enteroclísis.*

Curacion.

108—*Segundo período*—Morales P., entrado el 13 de Enero, enfermo desde el 12. *5 enteroclísis.*

Muerte el 18.

109—*Segundo período*—Amaya J., entrado el 15 Enero. *2 enteroclisis.*

Convaleciente el 23.

110—*Período de estado*—Villarini G., entrado el 14 de Enero. *3 enteroclísis.*

Muerto el 17.

111—*Período de estado*—Martinez A., entrado el 14 de Enero y enfermo desde el 12. *3 enteroclísis*.

Convaleciente; el 28 de alta.

			altas	*defunc.*	
Total:	primer período	1	1	0	
	Segundo »	48	39	9	=36
	Tercer »	62	30	32	
		111	70	41	

Mortalidad 36 °/₀.

CAPÍTULO VIII

Tratamiento por el calomel y sulfato de cobre

SUMARIO—Antigüedad del empleo del calomel contra el cólera en India.—Hechos en que se fundaba su administracion.—Abuso de este medicamento por los médicos ingleses.—Sus grandes y frecuentes dósis.—Consideraciones á este respecto.—Este medicamento vuelve en la actualidad á ocupar un puesto en la terapéutica del cólera.—De las condiciones de su empleo.—Casos tratados en la Casa de Aislamiento.—Método de administracion.—Efectos obtenidos.—Del sulfato de cobre.—Prescripciones y tratamiento del Dr. Bunq con las sales de cobre en la diarrea premonitora y cólera confirmado.—Estadística clínica.—Ensayo de este tratamiento y sus ventajas si se hiciera completo.

Otra pequeña série de enfermos del 2º y 3er. período del cólera fueron tratados por la medicacion comun de la Casa de Aislamiento, que ya nos ha ocupado, con la diferencia de que en vez del ópio, del tanino, de la enteroclísis, etc., se les administraba el calomel.

El tratamiento del cólera por los mercuriales tuvo su época en la historia de las medicaciones propuestas contra dicha enfermedad, y los médicos de la India que le atribuian grandes ventajas, hicieron que el calomel gozara de mucha celebridad, la cual disminuyó un tanto cuando el Dr. Graves con su autorizada opinion, declaró que era un remedio de «muy débil eficacia» y que le asistia el derecho de atacarlo, porque habiéndolo ensayado y prescripto de todas las maneras hasta entonces recomendadas, le habia producido constantemente malos resultados.

Este mismo autor asevera que lo que ha conducido á los médicos á administrar el calomel en el cólera, ha sido la ausencia completa de bilis en las deyecciones, como lo espresa bien en las siguientes líneas: «Inmediatamente despues de la invasion de la enfermedad, las materias eliminadas se volvian blancas y no presentaban mas la coloracion biliosa; los médicos, heridos esclusivamente de este síntoma, muy notable en efecto, habian llegado á creer que la salud de los enfermos estaba ligada al restablecimiento de la secrecion hepática». Pero, agrega á continuacion, «salta á la vista que la ausencia de la bilis en las cámaras no es la causa del cólera, como no lo es tampoco la falta de urea en el riñon ó la disminucion del suero en la sangre. Considerada bajo este punto de vista la enfermedad, seria tan razonable dar un diurético para escitar la secrecion renal, como la de administrar el calomel para determinar el flujo biliar. Si el hígado cesa de secretar (?) no es solamente en razon de la perturbacion vital que le hace esperimentar la causa próxima del cólera, sino principalmente por una perturbacion puramente mecánica, á saber, la disminucion del aflujo sanguíneo». (1)

En fin, termina su anatema contra el calomel diciendo: «Yo no vacilo pues en decir que la medicacion por el calomel no tiene siquiera el mérito de estar bien fundada en teoría, y, por lo que yo puedo juzgar en este país, ella no tiene ningun valor práctico en el cólera». (pág. 542).

Los médicos ingleses estaban tan profundamente convencidos del bien que hacian dando el calomel al interior para descongestionar el hígado y favorecer la secrecion biliar, que no trepidaban en administrar grandes cantidades de esta sustancia en un corto tiempo. En 1849 en Nueva-

(1) Leçons de Clinique Medicales de R. J. Graves. Trad. pág 540. Tomo I—1863.

York se abusó muchísimo de esta medicacion, y las dósis de 50 *granos* en dos horas, de 80, de 140, de 180 granos, fueron llevadas hasta *media onza* en una sola dósis (*this is suficiently heroic*). (Dechambre Dicc).

Contra esta práctica se reaccionó en 1854 en que se disminuyeron las dósis.

Los Dres. Houston y Ayre prefieren este medicamento unido al ópio, administrando 5 centíg. del primero con dos ó tres gotas del segundo (láudano) cada media hora, y cuyas dósis aproximan de 5 en 5 minutos (entonces propinan el remedio en un mucílago laudanizado) en el período álgido, llegando hasta introducir dos granos cada 10 minutos, durante una ó dos horas seguidas. Sobre 3039 enfermos sometidos á este tratamiento, en el primer período, el Dr. Ayre no tuvo mas que seis muertos (?) Además, de 725 coléricos en el período álgido, no habrian muerto sino 365.

Apesar de estos resultados que no serán creidos jamás por un médico sério, y de otros publicados en Norte América por Gull, Oke, Merry, etc., la eficacia de este tratamiento está aún muy discutida tanto en América como en Inglaterra.

Las dósis exajeradas han sido condenadas, la frecuencia en la administracion que no permite al enfermo un minuto de descanso, es impropia y sin ventajas reales; y en último resultado, el empleo de este agente ha quedado particularmente indicado al principio de la enfermedad, es decir, en aquel período en que muchos otros medicamentos producen igualmente buenos efectos, como nosotros mismos lo hemos demostrado prácticamente.

Sin embargo, hoy, despues de las investigaciones mas perfectas sobre la naturaleza del cólera, el calomel tiende á volver á ocupar su puesto en la terapéutica de esta en-

fermedad, no solo como elemento de medicacion evacuante, sino como agente antiséptico de cierto valor.

En esta epidemia, tanto aquí como en Chile, se le ha empleado en algunos casos, con mas ó menos resultados, y ya hemos dicho nuestra opinion al ocuparnos del tratamiento en el primer período.

Ahora, debemos esponer los resultados del mismo tratamiento en los enfermos de grados mas avanzados de la enfermedad, aún cuando sea bien limitado el grupo de casos en que se siguió de un modo metódico.

En estos casos, como en todos nuestros enfermos, la medicacion se ajustaba á las indicaciones actuales y se procuraba llenarlas del mejor modo posible, no siendo sistemáticos mas que en el empleo de aquellos agentes, que como éste, usábamos persiguiendo un fin.

Así, en los 14 coléricos del 2° y 3^er^. período que resumen el total de casos sujetos á esta medicacion, si se presentaban frios, cianóticos, con el pulso debilitado ó estinguido, empezábamos el tratamiento por los baños calientes, por las inyecciones hipodérmicas, fricciones, etc.; si los vómitos predominaban, se los combatia con los medios tantas veces ya indicados; finalmente, si las cámaras no apuraban y se mostraban escasas, esperábamos á que se repitieran para dar el calomel (1 gr., 20 cent.), que tomaban en una sola ó en dos veces aproximadas, 2 horas, sin por esto suspender el resto de la medicacion.

Al dia siguiente, ó se repetia la misma cantidad del remedio si el estado del enfermo era igual, se le suspendia si se presentaba notablemente mejorado, y en caso contrario, además de repetir la dósis, se continuaba el uso del medicamento en fracciones de 5 á 10 centíg. cada una ó dos horas, sin pasar generalmente de la dósis de 2 gramos en las 24 horas. En los dias subsiguientes la medicacion

se continuaba en la misma forma ordinariamente, hasta que las cámaras tomaran el aspecto fecalóideo, ó disminuyeran considerablemente.

Los efectos observados sobre las deyecciones eran variables, pero el hecho dominante consistia principalmente en la modificacion de las cámaras, que cuando eran abundantes y frecuentes, era raro que despues de 3 ó cuatro horas no disminuyeran de un modo apreciable, y luego se pasaran largos intérvalos sin deposicion alguna: su aspecto blanquecino, desaparecia unas veces rápidamente, otras con bastante lentitud, pero siempre con la escasez de la eliminacion que anunciaba algo como la detencion del proceso local.

Los efectos verdaderamente purgantes, solo se han visto en los casos de cámaras escasas.

Como con esta medicacion no son tanto de temer las complicaciones del lado del riñon y la urémia consiguiente, que ha sido escepcional en estos casos, se podia sin peligro continuar el remedio hasta la terminacion completa del proceso, disminuyendo la dósis de un modo proporcional, en vista de la inutilidad de insistir en el uso de un agente que empleado sin medida ni tiempo, tantos accidentes puede por sí solo producir, sobre todo en aquel período en que la exósmosis agotada, la absorcion la reemplaza con tanta avidez.

La duracion de la enfermedad no ha presentado modificacion alguna comparable á aquella que hemos señalado para los casos tratados por la enteroclísis; ni tampoco nos ha ofrecido hechos dignos de referir en lo que toca á la reaccion, que cuando se ha mostrado, ha seguido la marcha y la forma comun clínicamente conocida; lo que nos lleva á pensar, que si el calomel solo ó por su descomposicion, obra en estos casos como un antiséptico

local (nunca hemos visto producirse la absorcion, ni revelarse por sus síntomas), lo ha de ser en un grado infinitamente menos activo que el determinado por las inyecciones indicadas. Y aun en igualdad de agentes, que no lo son en realidad, podria hallarse la esplicacion de sus efectos diversos, en la distancia en que penetran relativamente al sitio sobre que deben actuar. Y tan cierto debe ser esto, que aquel tratamiento propuesto por los médicos de Marsella en 1884, de administrar el bicloruro de hidrargirio (5 centígramos por 1000 gramos de agua) por la vía gástrica, ha quedado sin aplicacion; indudablemente el remedio debia perder sus principales propiedades en el largo camino á recorrer, hasta el lugar en que debia hallarse con su composicion íntegra.

De cualquier manera que sea, el calomel aparte las ventajas que nuevos estudios tal vez confirmarán algun dia, es un medicamento útil en esta enfermedad, y es tambien quizá el purgante mas conveniente é inofensivo que pueda administrarse en los casos de cólera, cuando su indicacion es reclamada, lo mismo que en los diarréicos y afectados de otras dolencias que en tiempos de epidemias coléricas, deben recurrir á este género de medicacion.

El cuadrito siguiente resume los resultados obtenidos:

Períodos	*Altas*	*Muertos*
Segundo período	5	1
Tercer período	5	3
	10	4

Sulfato de cobre—En las mismas condiciones que el calomel, hemos usado en muy pocos casos el sulfato de cobre.

El tratamiento profiláctico y curativo del cólera por las sales de cobre, es debido al Dr. Burq.

Este autor fundado en los hechos y observaciones que habia recojido á este respecto, y de los cuales hemos hecho mérito anteriormente, aconsejaba contra la diarrea premonitora del cólera (colerina), el uso del bioxido ó bien del carbonato de cobre en píldoras, (1 á 2 centígramos por píldora, para tomar una cada hora ó cada dos horas), además, de lavativas cúpricas que debian repetirse de 6 en 6 horas (10 á 30 centígramos de sulfato de cobre en agua, por enema).

En caso de *cólera confirmado* insistia mas en el empleo de esta sustancia: 1° desde 20, 60 y hasta 100 centígramos de bicloruro de cobre en pocion, segun las edades, durante las 24 horas, y con intérvalos mas ó menos cercanos segun la urjencia; 2° en lavativas, desde 10 á 50 centígramos en un vaso de agua, á repetir hasta 6 veces en el dia en casos graves; en fin, en aplicacion tópica sobre diversas partes del cuerpo (haya ó no calambres), por medio de armaduras especiales hechas de cobre, ó á favor de monedas del mismo metal, decorticadas, formando cadenas, ó con placas de cobre ordinario, etc.

El tratamiento propuesto por el Dr. Burq, que ha sido tan combatido, ha tenido tambien sus defensores, no solo como medicacion interna, sino aún como medicacion tópica contra los calambres (Buchut, Richard, Rostan, etc.)

Analizando el resúmen general que el doctor Burq hace en su estudio (1) de los casos de cólera confirmados

---

(1) Obra citada pág. 56.

curables, tratados por las sales de cobre, se llega á la conclusion siguiente:

El Dr. Lisle del Hospital de Alienados de Marsella, trató entre enfermos del segundo al tercer período..........	32 enfermos	25 curados	7 muertos
El Dr. Pellarin	7 »	6 »	1 »
» » Arnol..............	1 »	1 »	—
» » Blandet	2 »	2 »	—
» » Groussin............	1 »	1 »	—
» » Dufraigne...........	4 »	3 »	1 »
» » Horteloup...........	27 »	18 »	9 »

Lo que dá 74 casos con 56 curados por 18 muertos, que es una mortalidad digna de ser considerada por su bondad.

Nosotros tambien hemos ensayado las sales de cobre administradas al interior solamente, ya en píldoras ó en soluciones y á dósis de 1 á 2 centígramos por vez, cada hora generalmente. La sal preferida ha sido el sulfato de cobre que comunmente uníamos al estracto de beleño para disminuir en parte el vómito.

Los casos tratados fueron 10, de los cuales 6 del 2° período y los 4 restantes del 3°, muriendo 2 de los primeros y 2 de los segundos, es decir, 4 defunciones por 6 curados.

Apesar de estos resultados, que seguramente no son peores que los obtenidos con la generalidad de los tratamientos propuestos en esta enfermedad, pensamos, que haciéndolo completo, particularmente en lo que á las lavativas se refiere, las cuales á favor del enteroclitor podrian ser llevadas hasta el intestino delgado mismo, los resultados serian mas provechosos, toda vez que se trata de un agente antiséptico poderoso precisamente en esta enfermedad.

Esto prueba que nosotros somos tambien de aquellos que creen firmemente, que no han sido tan delirantes las doctrinas del Dr. Burq, por mas que sus hechos bien positivos é importantes á este propósito, puedan recibir hoy otra esplicacion que la que su autor les daba.

En fin, algunos casos, muy pocos, han sido tratados por el salicilato de sodio sin resultado alguno.

El timol que tambien fué ensayado en tres enfermos del 2° período, nos produjo tres curaciones; pero la cifra sobre que se han practicado estos tratamientos son tan exiguas que no autorizan ninguna conclusion.

CAPÍTULO IX

De las inyecciones intra-venosas, hipodermoclísis, etc.

SUMARIO—Consideraciones generales.—Sus buenos efectos inmediatos son poco durables.—¿Cuál es su causa?—Deducciones del autor sobre la oportunidad en que deben emplearse.—Casos operados en la Casa de Aislamiento.—Manual operatorio y eleccion del aparato.—Resultados obtenidos.—Del órden regular y constante en la mejoría de los síntomas.—La duracion es efímera.—Necesidad de repetir las inyecciones.—Consecuencias resultantes del análisis de estos casos.—Paralelo entre las inyecciones, la hipodermoclísis, etc.—Accion mas lenta de este último procedimiento.—Oportunidad de su empleo.—Efectos de la hipodermoclísis y condiciones á llenar.—Conclusion.

Las inyecciones intra-venosas han sido empleadas en el cólera desde las primeras apariciones epidémicas de esta enfermedad en Europa, y constituyen á la par que una medicacion antigua, aquella que es capaz de producir los resultados inmediatos mas sorprendentes.

Desgraciadamente estos efectos son transitorios y el operador asiste á una excena momentánea de verdadera resurreccion, que dura el tiempo suficiente para forjarse las mas gratas esperanzas, que un instante rápido en seguida desvanecen.

Todos los que han operado en estas condiciones han dado fé de los optimos resultados de que se acompañan inmediatamente las inyecciones intra-venosas, pero sus

beneficios raramente se prolongan, y el término final es generalmente el mismo, la muerte interrumpida por períodos cortos que hacen acariciar, aún sabiendo su duracion efímera, las mas grandes ilusiones.

Por lo demás, esta operacion verificada segun las leyes de la antisépcia, con líquidos perfectamente filtrados y á la temperatura variable entre 38 y 40°, es completamente inócua.

Yo recuerdo cuando preparaba mi Tésis sobre la Urémia, las grandes cantidades de orina y aún de agua que soportaban los perros y conejos sin graves consecuencias.

Si esto es realmente así y las inyecciones intra-venosas han dado tan malos resultados en los coléricos (Mackintosh, 25 curados en 156 operados; Baly, 6 muertos en 6 operados; Lewins, 5 curados en 15 operados, etc.), puesto que muchos prácticos como Hutchinson, Streeter, etc., no han podido conseguir beneficio alguno, es menester convencerse que esto principalmente depende del período tan avanzado en que se opera; y esperar en estos casos al principio de la agonía para pretender curar á los coléricos, es exactamente lo mismo que pretender amputar un miembro, cuya gangrena ha franqueado la última region abordable.

Y lo mas curioso es que todos lo reconocen, y sin embargo aún se sigue recurriendo á este remedio *in estremis*, y solamente cuando el médico ha perdido la última esperanza del arsenal terapéutico empleado, es que se decide por una operacion que es perfectamente inútil, pero que al mismo título hubiese sido benéfica, si se la hubiera usado en tiempo oportuno.

Yo creo que se trata aquí de un temor disimulado de parte del médico, que no se atreve á confesarse á sí mis-

mo. La idea de introducir un remedio por las venas, lo alarma, porque procediendo mal, violentamente ó con instrumentos y líquidos inconvenientes, la muerte rápida puede ser su consecuencia inmediata. Pero entonces estúdiese bien primero y demuéstrese si las inyecciones intra-venosas de agua con diversas sales disueltas, ó con el suero, etc., son ó no, inócuas, y una vez desprendido este elemento, si la inyeccion se ha de emplear, que lo sea en tiempo oportuno, por ejemplo, cuando el pulso empieza á perderse y no cuando la vida comienza á estinguirse.

¿Qué es lo que se proponen en dichos casos?

¿Realizar un esperimento ó practicar una operacion por no dejar de hacer algo?

No me anima ni siquiera el pensamiento de traer innovaciones ni á los procedimientos, ni á la oportunidad de llenar ciertas indicaciones en el cólera, pero creo que hacer la referida operacion solo en esos casos, es desvirtuar el valor de un agente, que bien empleado puede ser heróico.

Si todos los que han hecho las inyecciones en las venas en los períodos últimos del cólera, se admiran de los resultados inmediatos tan preciosos y elocuentes, ¿por qué no ha de suceder lo mismo antes, sin tener que llegar á dósis estremas de líquido?

¿Por qué los efectos terapéuticos transitorios y pasajeros, pero generalmente tan marcados que se obtienen despues, no han de conseguir antes, mas pronunciados, mas duraderos, en fin, mas estables?

Francamente, no se concibe ni fisiológica, ni clínicamente hablando, que se abandone y se desperdicie así un elemento de curabilidad del cólera, que obra tan directa-

mente sobre la causa intermediaria que preside inmediatamente al desarrollo de sus síntomas mas graves.

En la Casa de Aislamiento, practicamos con el Dr. Esteves en 6 casos del tercer período, (pero uno estaba agónico) esta operacion. De estos, solo uno salvó y fué precisamente aquel en que la cantidad inyectada, una sola vez, fué mucho menor que en los demás (250 gramos); pero es necesario añadir, que el enfermo estaba sometido á la medicacion comun, sin escluir los baños, las inyecciones amoniacales, etc.

Las inyecciones fueron practicadas con el aparato de Potain, que preferimos al transfusor de Colin por muchas razones: 1° Por la facilidad de mantener la solucion á una temperatura constante; 2° Por la seguridad de oponerse á la entrada del aire; 3° Por la facilidad de adaptarle depósitos de gran capacidad, de 2 ó mas litros, y no tener necesidad de cambiarlo en la misma sesion.

La composicion de los líquidos inyectados no ha sido siempre la misma; unas veces se ha usado la solucion del Dr. Hayen, (agua 1000, cloruro de sodio 5, hidrato de sodio 1, sulfato de soda 25); otras veces la solucion siguiente: Agua 1000, cloruro de sodio 10, bicarbonato de sodio 5, sulfato de sodio 10; en fin, tambien hemos empleado el agua simplemente con cloruro de sodio.

La cantidad inyectada ha oscilado entre 200 gramos y dos litros, repetida á necesidad por varias veces.

El manual operatorio bien sencillo, consistia en comprimir con una venda la parte superior del miembro que se elegia para practicar la inyeccion, generalmente el brazo y rara vez la pierna, cuando en el primero las venas se dibujaban con dificultad. Una vez que las venas se hacian visibles y el aparato estaba perfectamente dispuesto y sin aire, se puncionaba la piel sobre la vena

hasta perforar la pared del vaso, lo cual se conocia por la salida de la sangre por el ojo lateral de la cánula de Potain; hecho esto, se propulsaba la cánula en el interior del vaso, se retiraba la venda, y la inyeccion lentamente impelida comenzaba.

Mientras el agua penetraba, un ayudante esploraba el pulso en la radial del lado opuesto, y un termómetro colocado en el áxila marcaba la temperatura.

Los efectos producidos á consecuencia de esta operacion comenzaban casi inmediatamente, siendo sensiblemente iguales en todos los operados, con muy lijeros variantes, y sucediéndose en el mismo órden.

Los síntomas del lado de la respiracion abrian la excena; los movimientos respiratorios se hacian mas frecuentes y las inspiraciones cada vez mas profundas; estas modificaciones eran constantes y duraban toda la sesion hasta regularizarse y tomar un tipo casi normal. El pulso abolido totalmente en estos casos, volvia á sentirse despues de haber penetrado 300, 400 ó 500 gramos de líquido; muy pequeño primero, se iba fortaleciendo y llenando á medida que la inyeccion continuaba, pero generalmente era irregular; los ruidos cardíacos tambien ausentes al principio de la operacion, volvian á tomar el tono que los caracteriza.

La temperatura descendida á 34° 2, 35° á veces, comenzaba á subir, alcanzando á 37° y 38° aun 38.6. La cianosis intensa se disipaba paralelamente y el rostro iba tomando un tinte sonrosado, bien estraño por la rapidez de dicha transicion. La fisonomía del enfermo cambiaba: los ojos se abrian con una mirade vaga al principio, y los enfermos áfonos é inconscientes antes, respondian ahora á las preguntas que se le hacian, revelando en todas sus manifestaciones el retorno de la vida. En fin,

la secrecion urinária se restablecia, y la imágen de la reaccion mas franca se pronunciaba.

Pero sucedió alguna vez que durante la operacion sobreviniesen vómitos copiosos que la hacian interrumpir, cuando no eran cámaras, que en una o dos veces, eliminaban una cantidad de líquido superior ó al menos equivalente á la inyectada.

Estos accidentes que se observaron con alguna frecuencia, concluian tarde ó temprano por neutralizar los buenos efectos inmediatos de la inyeccion.

De esta manera y en varias sesiones, se hacian penetrar 2 litros, 4, 6, etc.; pero el resultado fué siempre mas ó menos el mismo: una hora, dos, tres á lo mas, el pulso empezaba á declinar, la temperatura á descender, y todos los síntomas graves, como la cianosis y la algidez á pronunciarse de nuevo.

Si una nueva inyeccion venia á retardar estos efectos, algunas horas despues volvia á perderse todo lo adelantado.

Las acciones despertadas entonces en los individuos por dicho remedio, eran menos marcadas y durables, hasta que llegaba el período final.

En un enfermo sometido á este tratamiento y que duró tres dias merced á inyecciones repetidas, la elevacion térmica primitivamente obtenida se mantuvo, y la anúria anterior que desapareció con el tratamiento é hizo que dicha funcion se cumpliera regularmente hasta la muerte, presentó en este tiempo el cuadro clínico mas completo de la reaccion en su forma tifóidea.

La autopsia enseñó que en realidad, el período de reparacion se habia iniciado, y se hallaron en su vejiga unos 200 gramos de orina transparente pero albuminosa.

No me detendré en el caso que salió de alta, porque solamente sufrió una inyeccion muy reducida (220 gramos), y no es posible que tal cantidad de líquido haya determinado su curacion; procediendo así, atribuiríamos esclusivamente á este agente la mejoría, y seria muy poco práctico considerarlo como un éxito de las inyecciones intra-venosas, por mas que estas hayan podido ayudarlo para servir á la reaccion.

Apesar de estos casos desgraciados, que para mí no reconocen mas causa que aquella dependiente de las condiciones tan poco ventajosas que se eligieron para usar este remedio, es necesario convencerse, que si algun procedimiento puede concurrir á curar el cólera en sus períodos avanzados, deben ser precisamente aquellos capaces de devolver á la sangre en corto tiempo, los elementos perdidos; y bajo este punto de vista, ninguno podria obrar de una manera tan directa y rápida, como las inyecciones en el interior del aparato vascular.

Pero para que los hechos vengan á confirmar esta suposicion bien fundada por lo demás, es menester como lo hemos dicho, recurrir á él en condiciones mas ventajosas, y cuando el individuo enfermo, conserva las mismas probabilidades de vivir que se exije al empleo de cualquier medicamento que se administra con el objeto de curar; de otra manera, no será sino una bonita esperiencia hecha al azar y nada mas.

Si las inyecciones intra-venosas logran alguna vez introducirse en la terapéutica ordinaria del cólera, en los casos en que la gran condensacion del líquido sanguíneo solicita agua de todas maneras, los resultados, no lo dudamos, serán superiores á aquellos que se han pedido á la *hipodermoclísis*, á la *peritoneoclísis* y á la *neumoclísis*, diremos, recordando el metódo teóricamente propuesto

por el doctor Duboué (1) en un folleto, y quien aconseja introducir una cánula en la tráquea para servir de entrada al agua, que segun su opinion, sus cálculos, y consideraciones fisiológicas, se absorberia sin peligro en los coléricos del período álgido y asfíxico, es decir, cuando la insuficiencia de la respiracion está precisamente en su mayor desarrollo, al punto de que dicho conjunto sintomático, ha servido á los autores para dar nombre á este período sombrío del cólera.

Sin embargo, las inyecciones intra-venosas, difícilmente pasarán del recinto de los Lazaretos y Hospitales, en razon del personal especial que se requiere para su ejecucion, de la lentitud del procedimiento, etc.

Es tal vez por esta razon que la *hipodermoclísis*—procedimiento menos directo que las inyecciones en las venas de suministrar agua al organismo sediento, pasará con mas facilidad á la práctica que aquellas.

Nosotros tambien hemos buscado en este tratamiento un medio de curabilidad del cólera en sus grados avanzados, y aunque hemos visto sus buenos efectos: la absorcion del líquido inyectado, aun en casos estremos, la vuelta mas lenta del pulso, etc., el resultado final fué casi siempre desgraciado. Es que en esta ocasion repetimos por ignoracia el mismo error que con las inyecciones intra-venosas, del cual nos apercibimos muy tarde.

Repetiremos á este propósito lo dicho de la inyecciones en las venas: si la hipodermoclísis se ha de emplear en el cólera, es perjudicial y poco menos que inútil esperar los últimos momentos del enfermo.

La inyeccion hipodérmica de agua que no es otra cosa

---

(1) Traitement Prophylactique et curatif du choléra asiatique par le Dr. Duboué—1885.

la hipodermoclísis, puede hacerse con cualquier aparato de esos tan comunes como existen en el arsenal del médico; el aparato de Dieulafoy, el de Potain, una jeringa comun teniendo una cánula apropiada, el mismo enteroclítor, etc. Lo esencial es que el agua sola ó teniendo en solucion sustancias medicamentosas, (cloruro de sodio, sulfato de soda, etc.,) sea aséptica, á una temperatura conveniente, y que en los sitios de eleccion en que se practique, no se lleve muy adelante la distension de la piel, porque espondria á accidentes, evitables si la cantidad á inyectarse, 1 ó 2 litros, se distribuye entre varias regiones. Nosotros hemos podido en las paredes del vientre (regiones hipocondríacas, é ilíacas), en cuatro puntos, hacer penetrar 1200 gramos de agua.

Los efectos de esta manera de propinar líquidos á la economía, son mas ó menos los mismos que los señalados respecto de las inyecciones en las venas, pero con la notable diferencia, de que si aparecen, es con mucha mas lentitud que con aquellas, y lo mismo que éstas, hay que repetirlas por varias veces y á necesidad, hasta obtener resultados duraderos.

CAPÍTULO X

Estadística clínica de los diversos tratamientos

SUMARIO—Consideraciones sobre los tratamientos del cólera empleados en la Casa de Aislamiento.—Apreciaciones á este respecto.—Estadística clínica.—Mortalidad general.—Desigualdad de la mortalidad segun los períodos de la enfermedad y la medicacion empleada.—Paralelo entre las diferentes medicaciones.—Ventajas del tratamiento mixto con enteroclísis.—Conclusiones.—Conducta del autor en presencia de un caso determinado. segun los diversos grados que el padecimiento revista.

Vamos á analizar ahora los resultados obtenidos con los diversos tratamientos de que nos hemos ocupado en detalle en los capítulos precedentes, con el objeto de ver si existe alguno de ellos que deba ser preferido á los demás, y si este halla en la estadística clínica la suficiente base, necesaria para poderlo recomendar.

Dichos tratamientos pueden concretarse de la manera siguiente :

1° Tratamiento dicho *comun* por haber sido usual en un principio en la Casa de Aislamiento.

2° Tratamiento *mixto* con enteroclísis.

3° Tratamiento *mixto* con calomel.

4° Tratamiento por las inyecciones de agua, etc

El primero como se ha visto tiene en cuenta los diversos síntomas de la enfermedad y se combaten de acuerdo con las indicaciones, por aquellos medios que la observacion ha comprobado la mayor eficacia; es un tratamiento sintomático en la estension de la palabra, en que la diarrea se ataca principalmente por aquel grupo de agentes terapéuticos clasificados con el nombre de astringentes.

El segundo es este mismo tratamiento, con la diferencia que el síntoma diarrea se procura moderar con ayuda de la enteroclísis, que es el solo medio que puede considerarse de accion causal, y que atentas las razones espuestas, lo llamamos tratamiento mixto.

El tercero es un tratamiento mixto tambien, pero de propiedades dudosas é indeterminadas todavia.

En fin, el último, es un tratamiento igualmente sintomático de un órden hasta cierto punto mecánico.

Esto sentado, espongamos la estadística de sus diversos resultados obtenidos en los enfermos de la Casa de Aislamiento, relativamente al período evolutivo de la enfermedad.

Reasumiendo los casos de historias y observaciones completas, que son los que nos han servido mas especialmente para nuestras consideraciones, llegamos á los resultados que á continuacion se espresan y que no modifican de un modo notable el éxito final que arroja la estadística general de este establecimiento, ya publicada en una Memoria Oficial:

TRATAMIENTOS	Primer periodo, colera abortivo			2º periodo, de crecimiento			3er periodo, de estado		
	Total.	Altas.	Def.	Total.	Altas.	Def.	Total.	Altas.	Def.
Tratamiento comun....	4	4	0	102	79	23	97	20	77
Tratamiento mixto, con enteroclísis	1	1	0	48	39	9	62	30	32
Idem con calomel......	4	4	0	6	5	1	8	5	3
	9	9	0	156	123	33	167	55	112

Reunimos como se advierte 332 enfermos tratados por medicaciones diferentes, de los cuales han fallecido 145 y han salvado 187, menos de 50 °/₀ de mortalidad general.

Ahora, con todos estos tratamientos, la mortalidad ha sido nula en el primer período, y en cuanto al segundo y tercero con las dos primeras medicaciones (1) hé aquí sus resultados calculados por ciento:

	Segundo periodo.	Tercer periodo
Mortalidad por la medicacion comun..	22.54 %	79.38 %
Idem por el tratamiento mixto con enteroclísis	18.75 »	51.61 »

Lo que quiere decir que en ambos períodos, la segunda medicacion ha dado notables diferencias en su favor, que como se comprende, se traducirán igualmente de una manera mas evidente todavia, en las mortalidades generales

(1) Porque la última anotada en el cuadro y relativa á las inyecciones intra-venosas, no deberá á nuestro entender, entrar en estos cálculos por el escaso número de casos.

respectivas, en que tambien incluimos los casos del primer período. Y obtenemos:

Mortalidad general por el tratamiento comun......	49.26 %
Mortalidad general por el tratamiento mixto con enteroclísis..................................	36.93 »

Estos resultados numéricos deducidos del cálculo comparativo de casos clínicos análogos pero con tratamientos diversos, son una prueba clara de la desigualdad de accion y de beneficios que cada uno representa, lo que debe ser tenido muy en consideracion por los clínicos en general, porque aventajan en mucho los resultados hasta ahora obtenidos en esta enfermedad.

Considerando ambos tratamientos se echa de ver que no se diferencian sino en que en el uno se emplean los astringentes y en el otro la enteroclísis para combatir el mismo síntoma, y que por consiguiente es á esta modificacion á la que se debe imputar dicha diferencia.

Seria absurdo ir á buscar en otra fuente la razon de este hecho, sobre todo tratándose de casos clínicamente idénticos.

Es por esto que no me detendré en ampliaciones á este respecto, y además, porque las cifras mencionadas hablan con mas elocuencia que la que yo pudiera encontrar, para proclamar á este tratamiento como el mas ventajoso en la actualidad.

Por lo tanto, el tratamiento del cólera en sus variados períodos, debe ser el estudiado en el capítulo VII, y que nosotros designamos con el nombre de tratamiento mixto, del cual la enteroclísis antiséptica es uno de sus principales elementos.

Esta conclusion es aplicable y muy esencial en el período inicial de la enfermedad, porque la enteroclísis es

susceptible de hacer abortar el mal y detenerlo en esta faz benigna.

Esto sentado, cuando en la práctica se nos presente un caso diagnosticado de cólera, procederemos inmediatamente á su tratamiento en la forma que sus indicaciones del momento lo exijan.

Si la enfermedad recorre sus primeros grados, si la diarrea es el síntoma dominante como es de regla, ensayaremos siempre que sea posible la enteroclísis en la forma indicada ó con ácido tánico; por nuestra parte no hacemos gran cuestion entre este medicamento y el bicloruro de hidrargirio al cual, sin embargo preferimos. Esta operacion se repitirá tantas veces como sea necesario.

En igualdad de condiciones, y no siendo posible por cualquier motivo recurrir á este remedio, administraremos en su defecto el calomel en la dósis y forma propuesta anteriormente; y si esto mismo nos fuese vedado, vendria recien el caso de recurrir al ópio, al acetato de plomo, etc.

Pero si con los síntomas indicados, aparecieran los vómitos, el enfriamiento, la cianosis, etc., debemos añadir á la medicacion, el empleo de las pociones antieméticas, del hielo, etc., de los baños calientes sinapisados, las fricciones estimulantes, la calorificacion artificial, y las inyecciones hipodérmicas igualmente estimulantes, desde el momento que la circulacion aparezca comprometida.

Llegado á esta faz, es raro que el desórden mórbido no se precipite con rapidez, que el enfriamiento no aumente, que la cianósis no se pronuncie, que la secrecion urinária no se comprometa sériamente, etc. Entonces, sin dejar de insistir en la terapéutica indicada, se presenta la necesidad de tener en cuenta los perjuicios á que podria arrastrar, el olvido de las acciones sustitutivas de que el organis-

mo echa mano para resistir y defenderse. Hemos llegado de esta manera al tercer período ó de estado del cólera: el pulso se ha perdido y no se percibe en el sitio ordinario, los síntomas de decadencia vital se espresan en todo su apogeo, la secrecion urinária abolida en la generalidad de los casos, no mata al enfermo, porque sus productos tóxicos encuentran todavia un escape en la diarrea y vómitos, que, aunque atenuados, aún persisten.

Por consiguiente, estos fenómenos providenciales, que concurren á mantener la vida, deben ser sostenidos en el grado y límite que la observacion del caso dirija; las inyecciones intestinales deben alejarse cuando la diarrea disminuya, y suspenderse totalmente y exitar mas bien las cámaras, si estas han cesado; y toda la atencion del práctico en tal caso debe tender al mismo tiempo que á esforzarse en limitar la intoxicacion, á emplear todos aquellos medios conocidos para estimular las fuerzas, aumentar el calor, propender al restablecimiento de la circulacion, urinacion, abusando si es necesario de estos remedios, que bien dirijidos y empleados con constancia, pueden iniciar y apresurar la reaccion principiante, etc.

Como este tratamiento ha sido espuesto *in extenso* en la parte relativa y se repite en cada observacion de las muy numerosas, que como comprobantes se adjuntan en este trabajo, estimaríamos abusar de la paciencia del lector, si insistiéramos en todos sus pequeños detalles.

Tal es el resultado á que nuestra práctica nos ha conducido y que la estadística clínica confirma como el mejor á que es dado aspirar en la actualidad.

CAPÍTULO XI

De la reparacion ó reaccion

SUMARIO.—De las diferencias de la reaccion y de sus relaciones con el proceso colérico.—Paralelo con la viruela.—La reaccion está ligada á la reparacion de las lesiones producidas.—Consideraciones generales á este propósito.—Caracteres de la reaccion.—Orígen de la adinámia en estos casos.—Similitud con la fiebre tifóidea.—Influencia del tratamiento sobre esta forma de reaccion.—Otros orígenes de la modalidad tifóidea.—Sintomatología diversa.—Causa mas comun de la reaccion tifóidea.—Duracion y marcha.—De otras formas de reaccion: regular, incompleta, escesiva.—Estudio general de estas modalidades.—Signos que anuncian la reaccion.—Es necesario tratar la reaccion?—Solo en aquellos casos que franquea los límites del equilibrio fisiológico.—Consideraciones.—Tratamiento y fuente de las indicaciones. —Esposicion de casos prácticos.

El período de reparacion y final del cólera es aquella parte del proceso mórbido, en que habiendo terminado los ataques propios de la enfermedad, el organismo vuelve sobre sí mismo y reacciona sobre los efectos de la invasion, de una manera diferente, segun las personas, las constituciones, y generalmente segun la intensidad del ataque primero.

Si el cólera durante sus faces de principio, de crecimiento y de estado, se manifiesta comunmente con caracteres semejantes y apenas modificados por causas que solo podemos referir á las condiciones propias del orga-

nismo, al grado y forma de la infeccion, á su dósis, etc., traduciéndose por un conjunto sintomático análogo, que permite independizarlo como una enfermedad única, netamente separable y reconocible en cualquier país del mundo, y sea cualquiera la raza de hombres que ataque, no sucede lo mismo una vez que este padecimiento ha alcanzado al período llamado de reaccion.

Pues es de aquí que empiezan las diferencias, que en algunos casos son tan marcadas, que dos enfermos llegados á esta faz del mal, no pueden ser asimilados; y no solo por los síntomas, duracion, formas clínicas etc., sino tambien por la gravedad y peligro que en cada especie su evolucion supone.

Es que el cólera ha cesado de actuar como enfermedad específica, y lo mismo que los venenos, y lo mismo que las enfermedades infecciosas en general, los fenómenos de la reparacion deben responder á las lesiones producidas y esclusivamente á ellas. Si las lesiones intestinales son intensas, si ha atacado superficies extensas, la reparacion será prolongada y sembrada de peligros; si por el contrario es de poca consideracion, la reparacion será breve y rápida. Y lo que la observacion clínica nos enseña, á este respecto, es algo semejante á lo que nos presenta la viruela, por ejemplo, donde es posible seguir mejor con la vista esta relacion que naturalmente tiene que establecerse, entre la alteracion material y los síntomas funcionales que son su consecuencia.

Y en efecto, la viruela sea cual sea la erupcion que haya de sobrevenir, se caracteriza por un grupo de síntomas comunes, entre los cuales seria imposible encontrar la razon de la modalidad exantemática que ella revestirá, y apenas si en el tiempo de su duracion, algunos han pretendido hallar los elementos para sospecharla (Sydenham-Trousseau); pero cuando las lesiones se han producido

(viruela discreta, confluente), cuando la fiebre por su descenso anuncia el término de la erupcion, entonces sí, se puede estar seguro de la importancia é intensidad que el proceso reactivo presentará: en caso de una varioloide la fiebre será insignificante; será mayor en la viruela discreta, y los síntomas llegarán á su mas elevada gravedad si la erupcion es confluente. Porque en todos estos casos la fiebre secundária y los demás síntomas de que se acompaña, marchan en un órden perfecto y armónico con las fuentes de la supuracion creadas, á quienes están ligados como la causa con el efecto. Innecesaria en las erupciones escasas, es indispensable y elevada en los casos contrarios. Y esto es tan cierto, que cuando la erupcion es hemorrágica y la supuracion falta, la fiebre dicha secundaria está ausente tambien (1). Pasa lo mismo con la fiebre tifóidea, con la fiebre amarilla y con el cólera, procesos todos en que si es difícil apreciar de cerca la relacion indicada, en cambio, se la puede deducir estudiando la clínica comparativamente á los trastornos hallados despues de la muerte.

Es cierto que la fiebre tifóidea y el cólera suelen presentar á veces casos clínicos aparentemente contradictorios, y formas benignas ser seguidas de reparaciones prolongadas y graves; pero en todas estas circunstancias cuando es posible investigar su causa, ellas se evidencian siempre en las lesiones existentes, y, cuando estas faltan ó no tienen la importancia que deberia encontrarse en los sitios primitivos que dichas afecciones modifican con la constancia de una ley, téngase presente que todas ellas constituyen enfermedades susceptibles de actos mórbidos sucesivos, que pueden ocupar otros sitios no menos importantes, y que es allí donde á falta de la perturbacion

(1) Véase: «La viruela en la América del Sud», por el mismo autor.

originaria, debe hallarse el motivo de estas aparentes contradicciones.

En el cólera el primer efecto de la lesion intestinal es la diarrea, sobreviene luego la condensacion de la sangre, las dificultades de la circulacion, de la respiracion, de la urinacion, de las secreciones en general, en fin, de la calorificacion, etc. La nutricion íntima de los tejidos está comprometida en sus principales elementos. La sangre se acumula en los centros, se estanca en las vísceras que suprimen, disminuyen ó alteran mas ó menos completamente su funcionamiento.

Si este estado se prolonga, sucede que al sobrevenir el restablecimiento funcional, éste debe operarse venciendo dificultades tanto mas grandes, cuanto mayor haya sido la intensidad y el tiempo de duracion de ese período de pausa vital tan manifiesto. Pero como los órganos de que son asiento tales perturbaciones, no pueden sostenerlas mucho tiempo sin comprometer su textura, resulta, que en unos casos la restitucion *ad integrum* se hará de un modo rápido y completo, en otros de una manera lenta, en otros faltará ó será poco marcada, en fin, estará perturbada por la presencia de síntomas intercalares, que, dado el momento de su aparicion y su rareza relativa, deben ser referidos á verdaderas complicaciones.

En los casos comunes, en efecto, la intensidad y forma de la reparacion depende de la lesion esencial del cólera, es decir, de la que se localiza en el intestino; y como el proceso reactivo tiene que comenzar en condiciones de una debilidad estrema, por las perturbaciones llevadas á las principales funciones y al líquido sanguíneo, resulta que la adinámia suele ser el hecho dominante, y la reaccion caracterizada como un estado tifóideo.

Cuando estas condiciones se realizan de una manera

completa, el colérico en reaccion representa fielmente el período de estado de la fiebre tifóidea, de la cual puede poseer el timpanismo abdominal, el dolor en la fosa ilíaca derecha, el estupor del rostro, las fuliginosidades de las encías etc., el estado intelectual que le es característico, el sub-delirio ó la escitacion cerebral exajerada, las alteraciones de la orina, la frecuencia del pulso, la elevacion de la temperatura, que sin ser tan alta ni seguir la marcha clásica, puede sin embargo asemejársele. Las mismas cámaras pueden inducir á error, y si á esto se añadiese en un caso determinado, el exantema petequial que nosotros hemos observado, y del cual nos ocupamos especialmente, se comprende las dificultades que se esperimentarian para identificar la enfermedad, en ausencia de los conocimientos anamnésticos y la observacion posterior.

Cuando la reparacion asume este tipo y no se complica de los accidentes habituales que el cólera en este período suele presentar, puede casi con seguridad imputársela á la lesion intestinal persistente, que como en la fiebre tifóidea legítima, es capaz de llegar hasta la perforacion con todas sus consecuencias. Y el hecho clínico mas demostrativo que yo puedo presentar á este respecto, es como lo decíamos antes, que cuando el cólera es tratado por la enteroclísis, es decir, por aquella medicacion que hasta cierto punto debe ser considerada como tópica, la reaccion de forma tifóidea es un fenómeno bastante raro. Consúltense nuestras 111 Observaciones y se notará, no solo el hecho que apuntamos, sino tambien la rapidez y benignidad de esta faz terminal del cólera.

Esta observacion que merece ser bien considerada, no es el producto de nuestra esclusiva práctica, pues aunque ignoro los resultados obtenidos en Europa y entre nosotros mismos, puesto que el único estudio que conocemos á

este respecto es una conferencia dada por el Dr. F. Cobos en los salones del Círculo Médico Argentino (1), y no dice nada sobre el particular, en cambio, en Chile se ha observado el mismo hecho clínico que anotamos. Y en este país donde algunos médicos engañados por esta complicacion tan frecuente, llegaron como dicen los autores del Informe á la Junta de Salubridad, ya citado, hasta «creerse autorizados á aumentar el cuadro de la nosología con una nueva epidemia, *el cólera nostras tífico*» (2) que declaraban mas mortal que el cólera asiático, dicha complicacion cesó despues del empleo de la enteroclísis.

La reaccion de forma tifóidea con lesiones intestinales de importancia ó completamente reparadas, puede ser dependiente de la persistencia de las alteraciones renales, que suelen ir hasta determinar la urémia. Entonces al estupor, á la adinámia, y á la presencia de las fuliginosidades de la lengua y encías, que ordinariamente son comunes con la modalidad anterior, se añaden los síntomas propios de la intoxicacion urémica, desarrollados casi siempre en la esfera del sistema nervioso central.

Si en estos casos existe orina, ella presenta todas las alteraciones ligadas á la lesion renal, y que van como sabemos, desde la simple conjestion hasta la nefritis supurada y parenquimatosa.

Cuando en esta modalidad de reaccion tifóidea, dominan los accidentes de la insuficiencia urinária, no se dibujan tan bien los síntomas del lado del abdómen, y como es de observacion general, la temperatura tiende á descender

(1) Véase: Los «Anales del Círculo Médico Argentino».—Marzo de 1887.

(2) Informe citado—pág. 27.

en vez de subir, y la hipotérmia se une á la adinámia y á la albuminúria persistente para caracterizarla.

En otros casos son las lesiones del encéfalo y de sus cubiertas las que sostienen y predominan en esta forma de reaccion, que coincidiendo como es de regla con el estupor, la adinámia, etc., ha sido tambien incluida por algunos autores entre las variedades de reparacion tifóidea.

Unas veces la perturbacion puede ser referida á una hiperemia, otras á una inflamacion, etc., pronunciándose como se imaginará en cada caso, los síntomas que autoricen tales variedades. La fiebre en estos enfermos es irregular, generalmente remitente y escapando siempre á las leyes de las piréxias cíclicas. Los síntomas reveladores de esta modalidad son fáciles de apreciar cuando se manifiestan aisladamente, y fuera del complexo múltiple dependiente de todas las causas reunidas que pueden concurrir en un colérico, para determinar la adinámia.

Porque, es preciso decirlo, rara vez se manifiestan aisladas, lo que se comprende sin esfuerzo, en vista del encadenamiento patogénico que estas lesiones suponen.

Así, en efecto, la reaccion tifóidea tal cual la suministran los casos de observacion comun, son una mezcla pero en grados diversos, de estas tres eventualidades orgánicas que ligadas íntimamente entre sí, concluyen por constituir un todo resaltando de un fondo comun donde la adinámia impera.

La marcha de la reaccion de forma tífica no puede estar sometida á leyes, porque hemos visto ser varias las condiciones que contribuyen á originarla; pero por regla general, pueden admitirse tres tipos: breve, prolongada, é intermediaria. La breve toma de 4 á 5 dias de duracion,

la prolongada hasta 13 y mas dias, en fin, la última un término medio.

En cuanto al modo para llegar á la convalecencia, no es uniforme; comunmente es gradual, en otros casos se alcanza rápidamente, pero en ambos, es susceptible de observarse reagravaciones y aún el retorno de la enfermedad primera; es la recaida, que no es tan rara en ausencia de los mismos cuidados que se exigen á la convalecencia.

Las otras modalidades de reparacion que el Dr. Jaccoud reune con el nombre de *comun* para espresar su frecuencia, son la regular, la incompleta y la escesiva.

Estos términos indican suficientemente su mecanismo.

La forma incompleta la hemos observado muchas veces, prolongando la duracion de la enfermedad; generalmente es la diarrea, que insidiosa, persiste por algun tiempo; otras veces es la secrecion urinária la que presenta perturbaciones en bien ó en mal, sin restablecerse de un modo regular; otras veces es la temperatura ó el pulso, etc., que volviendo á su antiguo estado, interrumpen la marcha y concluyen generalmente por llegar al período tifóideo franco.

Esta forma de reparacion cuando es rebelde á la terapéutica, perpetúa la duracion y puede llegar á la terminacion fatal.

La reaccion escesiva como su nombre lo indica es aquella, en que los fenómenos de reparacion se acompañan de síntomas activos, principalmente de fiebre, delirio y agitacion.

Es ordinariamente de muy corta duracion y segun Griesinger, debe ser considerada como una fiebre reaccio-

naria ligada á las fluxiones viscerales, y principalmente á una conjestion del cerebro.

Nosotros hemos visto con alguna frecuencia esta modalidad en casos de cólera que no habian pasado del segundo grado, manifestándose exactamente como si se tratara de un enfermo con encefalitis en el período de excitacion, con delirio, alucinaciones, convulsiones y temperatura elevada (39°.5-40°), etc; pero comunmente estos síntomas cedian fácilmente al tratamiento y pronto sobrevenia la calma, sin pasar, sino escepcionalmente, á la faz tifóidea, etc.

Los fenómenos que anuncian la reaccion, sea cual fuere la modalidad que ésta vaya á revestir, se caracterizan por un conjunto sintomático importante: el enfriamiento periférico disminuye, la cianosis comienza á disiparse, el pulso radial reaparece ó aumenta en su fuerza, la diarrea y los vómitos se suspenden ó cambian de carácter, la inteligencia se despeja, la respiracion toma un tipo mas normal, los calambres cesan, la temperatura aumenta, en una palabra, el aspecto general del individuo se transforma completamente. No es necesario como algunos dicen que la orina se secrete y que la temperatura rectal disminuya, para que la reaccion sea un hecho, pues, esta puede iniciarse y continuar, si bien incompleta, sin perder su carácter de fenómeno reaccionario verdadero. Claro está que cuando la tendencia al restablecimiento total se ejecute de un modo uniforme y gradual en todas las funciones al mismo tiempo, el conjunto que clasificamos de período de reaccion, será mas completo y mas benéfico.

Los primeros síntomas reaccionarios coinciden generalmente con la aparicion de sudores, de erupciones cutáneas, de emisiones abundantes de orina, etc., que pueden ser considerados como fenómenos críticos, que alter-

nan, terminan y coinciden con el principio de esta faz reparatriz.

En cuanto al tratamiento de la reaccion, pareceria á primera vista un contrasentido el tener necesidad de instituirlo contra un período del proceso colérico que por sí mismo revela á todas luces un procedimiento natural de curacion.

Sin embargo, dicho tratamiento tiene en la mayoría de los casos que ser empleado, pues el olvidarlo seria, mas que un descuido, un error imperdonable.

Sucede á este respecto lo mismo que suele observarse en el curso de otras enfermedades, contra las cuales lucha el organismo usando de un esfuerzo vital, que no siempre está en relacion con la causa que la ha producido.

El sacudimiento ha sido tan récio y llevado hasta la intimidad celular, que al cesar de un modo imprevisto, toda la economía se rehace, como la actividad de un resorte que ha soportado sin romperse semejante impulso. Es así como la reaccion suele no superar á la accion, sino superar al término medio de equilibrio que constituye el estado fisiológico, formándose de esta manera por esceso una nueva enfermedad que requiere un tratamiento especial. Esto, en lo que se refiere á aquellos tipos con lesiones poco considerables, y en que todo el gasto puede imputarse á cambios mecánicos de circulacion ó á efectos de excitacion en el sistema nervioso; porque en lo que toca á las alteraciones mas comunes y persistentes del intestino, del riñon, etc., la reaccion supone la reparacion de las lesiones producidas.

Sea como fuere, el período de reaccion no debe ser combatido cuando los síntomas de que se acompaña no implican un peligro, un sufrimiento, una prolongacion mayor de la enfermedad, en fin, cuando el restablecimien-

to es gradual, no interrumpido y no hace temer ninguna complicacion.

En los casos de reparacion gradual, nuestra conducta mas sábia debe ser la espectacion y el régimen. Ahí se limita nuestra intervencion.

En la forma incompleta, nuestro empeño debe dirijirse á suprimir ó modificar la causa ó el síntoma perturbador, y ya sea la diarrea, el vómito, las oscilaciones en el restablecimiento de una temperatura conveniente, etc, el tratamiento debe buscar en dichos incidentes variables la fuente de la indicacion, llenándola con ayuda de los agente apropiados.

Esta medicacion tiene que ser activa y enérgica, porque es menester recordar que dicha modalidad puede prolongarse, comprometiendo la vida, y aún pasar á la forma tifóidea.

En la reparacion escesiva debe tenerse presente la causa inmediata que forma y sostiene los síntomas, y tratarlos en consecuencia.

Nosotros hemos empleado muchas veces el hielo aplicado constantemente al cráneo contra el delirio y la escitacion cerebral; hemos averiguado los hábitos del enfermo para, si era necesario, administrar el alcohol, por que en muchos casos la reaccion así manifestada coincidia con una temperatura relativamente baja, con temblor de las manos, etc., que nos permitia corroborar la verdadera causa y la utilidad del remedio.

Pero si el delirio no era imputable al alcoholismo, si el estado del enfermo y de su circulacion no contraindicaba el uso de la sangría, por poco que el hielo no trajera una mejoría, hacíamos aplicar dos ó cuatro sanguijuelas á cada region mastóidea; persistiendo luego con el hielo.

Cuando este síntoma dependia de la hipertermia, procurábamos dominarlo en la mayoría de los casos por el uso de los baños generales, á una temperatura de 1° 1/2 á 2°, inferior á aquel que presentaba el enfermo, prolongándolos hasta obtener un descenso notable.

Por este medio conseguíamos disminuir precisamente el calor, producir el sueño, y modificar casi siempre el delirio; y este tratamiento que era repetido tantas veces cuanto los casos lo requerian, nos dió siempre los mas excelentes resultados.

En los casos de este género, cuando los síntomas persistiendo sin modificacion alguna, hacian temer que el proceso conjestivo franquease sus límites y sobreviniesen exudaciones, insistíamos con mas energía en el uso de los agentes destinados á combatir dicho estado, exactamente lo mismo que si se tratara de una meningo-encefalitis, sin escluir la emision sanguínea local, el calomel, etc.

En la modalidad tifóidea franca, es conveniente siempre que el caso lo permita, desprender la localizacion anatómica dominante, y cuando como muchas veces sucede, este problema se ofrece con esa vaguedad insidiosa que nos oculta su verdadera causa, es preferible tratar al enfermo llenando conjuntamente las indicaciones dependientes de las tres fuentes mas comunes, como hemos dicho, y que generalmente se aunan para determinarla. Sin embargo, hay una que siempre está á nuestro alcance el investigarla, es aquella dependiente del estado de la urinacion, que en todo momento es susceptible de esploracion.

Si el estado tifóideo dependia de la reparacion intestinal, el tratamiento que nosotros empleábamos era el calomel á dósis refractas desde el principio, cuando los síntomas

del lado cerebro no despertaban temores, comenzándolo por un purgante de la misma sal, en caso contrario, en que á necesidad, añadíamos tambien el hielo, el uso de sanguijuelas, etc.

Los casos en que esta forma de reparacion se observó, fué en aquellos que no habian sido tratados por la enteroclísis en la faz colérica. Traemos este recuerdo para decir que en estos casos de reparacion, habríamos conseguido probablemente buenos resultados tambien con el empleo de las inyecciones antisépticas, en vista de la utilidad que ellas nos han dado despues en la fiebre tifóidea legítima.

Con la administracion del calomel, dábamos al mismo tiempo los tónicos (Pocion de Jaccoud), el vino, y contra la fiebre, los baños de la manera referida. Los síntomas cerebrales generalmente cedian con el uso de la medicacion espuesta al tratar de la modalidad excesiva.

Por último, en la forma urémica, el tratamiento que debe ser igualmente activo, no ha variado en nuestros casos de aquel recomendado contra este accidente en la faz de estado del cólera, solo que en atencion al momento avanzado y á la adinámia pronunciada que en estos casos dicha complicacion aparecia, no economizábamos los tónicos, el alcohol, etc.

Todos los enfermos en el período reactivo del cólera, estaban además sometidos á una dieta rigurosa, salvo aquellos casos especiales que requerian una reducida alimentacion.

Tal es en resúmen el tratamiento del período de reaccion que nosotros hemos usado en sus distintas formas.

En cuanto á la mortalidad, debemos decir que es no-

tablemente menor que en el período de estado, y que se la observa de preferencia en la modalidad incompleta, tifóidea, y en cualquiera de ellas cuando se complica ó se prolonga sin modificarse.

Casos prácticos

DE LA REACCION

I

Reparacion lenta gradual

Vieytes E., 48 años, argentino, confitero, calle Ayacucho 484. Entró el 9 de Noviembre y hacian 4 dias que habia comenzado la enfermedad con los síntomas habituales, los cuales habian casi desaparecido del todo á su entrada, no quedándole mas que un poco de demacracion. T. p. m. 38—P. 80 fuerte. La anúria persiste de dos dias atrás. Algo soñoliento. Tratamiento de la urémia.

Dia 10—Ni C. ni V.—dolor abdominal. T. 38—P. 95; sigue el mismo tratamiento.—T. p. m. 38.2.

Dia 11—Igual que ayer; T. 36.5 y 37.3. Está muy despejado.

Dia 12—Anoche gran eliminacion de orina que no se puede examinar, luego sudores y notable mejoría. T. 37.2 y 37.7.

Dia 13—2 C. bajo la influencia de un purgante de calomel.—T. 36.7 y 37.5.—Despues todo se normaliza.

II

Reparacion excesiva de forma tifóidea con urémia.—
(Muerte)

Lorenzo U.—Entrado el 19 de Noviembre y enfermo de cólera desde el 15.

Presentaba algunos de los signos de la reaccion: demacracion, hundimiento de los ojos, piel caliente, conjuntivas conjestionadas, anúria, somnolencia, de la cual se podia despertar, acusando una gran cefalálgia. Lengua caliente con un barniz espeso y grisáceo, fuliginosa en los bordes, encías y dientes; pulso lleno y fuerte. T. a. m. 37.

Tratamiento de la anúria: ventosas escarificadas, hielo á la cabeza, calomel á dósis purgante y luego á dósis refractas. En la tarde ni V. ni C.—T. p. m. 40.2—110 pulsaciones. Delirio.

20 de Noviembre—Ni C. ni V.—T. 39.4.—P. 80. Sigue la constipacion y la anúria. T. p. m. 38°.—P. 80. Se repite el purgante y las emisiones sanguíneas locales.

Noviembre 22—T. a. m. 38—2 C. que arrojan un líquido bilioso, poca cantidad.—T. p. m. 38. El pulso se debilita; sigue en aumento el delirio, monótono, sin despejarse el sueño contínuo. Se practican sin éxito inyecciones de pilocarpina y luego se dá aceite de croton, 3 gotas en glicerina.

Dia 23—T. 38—P. pequeño, piel un poco fria; 3 cámaras líquidas—mucha postracion. T. 37.7—En la noche otra cámara; continúa el delirio y un poco de agitacion en los miembros. Sanguijuelas á las apófisis mastoideas.

Dia 24—1 C.—T. 38—P. débil 90—Aparece el hipo.—T. p. m. 39.8. Hay disnea, sin lesion local.—P. 90.

Dia 25—Continúa la disnea y el coma es mas profundo; ni C. ni V., ni orinas.—T. a. m. 38, p. m. 37. —P. por la tarde se vuelve inapreciable y el enfriamiento comienza hasta la muerte á las 3 a. m. del 25.

III

Tercer período—Reparacion gradual—Curacion

N. N., 20 años, español, sala «Dr. Doncel», núm. 20. Entrado el 1° de Diciembre en estado comatoso.—Anúria—1 C., pulso inapreciable—profundamente cianótico. T. 36.

Dic'bre	2—T. 37.	ni C. ni V.	T. p. m. 37.6		sigue el coma.
»	3—T. 37.5	3 C. » »	T. » » 37	2 C.	algo mas despejado.
»	4—T. 36.8	3 C. P. débil	T. p. m. 36.8	2 C. P. 85.	P.—1ª. emision de (orina.
»	5—T. 37	1 C. P. 84	T. p. m. 36.8	4 C. P. 88.	
»	6—T. 36.5	2 C. P. 72	T. p. m. 36.7	2 C. P. 82.	
			La inteligencia se despeja.		
»	7—T. 36.9	0 » P. 84	T. p. m. 35.7	1 C. P. 60.	
»	8—T. 36.8	0 » P. 72	P. p. m. 37	» P. 72.	
»	9—T. 37	0 » P. 72	P. p. m. 36.9	» P. 72.	
»	10—T. 35.7	0 » P. 72	P. p. m. 37	» P. 72.	

IV

Reaccion de forma tifóidea

N. N. portugués, de 36 años, entrado el 28 de Enero á la cama núm. 63 de la sala «Pietranera».

Este enfermo despues de pasar por todos los accidentes mas graves de la enfermedad, y hallándose en el período de estado, con anúria y enfriamiento considerable, esperimentó de un modo repentino un cambio brusco. La orina con sus caractéres típicos: densa, albuminosa, etc.; el

termómetro marcó 39°2 a. m. y 38.5 p. m.; el pulso volvió, débil al principio y exajerado despues; y mientras estas modificaciones que indicaban el cambio absoluto del proceso, se producian, acompañándose de delirio y grande excitacion, los demás fenómenos del período de estado se disipaban por completo.

Esta repentina transformacion que no es comun, fué tratada por los mismos medios que empleábamos en casos menos activos: calomel á dósis pequeñas--hielo á la cabeza, bebidas frias, etc.

Febrero 2—T. a. m. 40, p. m. 39.4—piel caliente, ni C. ni V., lengua seca; pulso fuerte 95 á 100.

Febrero 3—T. 39.5, p. m. 40.2.—3 V., ninguna cámara, rostro demostrando el estupor—lengua seca y fuliginosa, dolores abdominales á la presion, exactamente en la fosa ilíaca derecha. Delirio, mucha sed, grande intranquilidad. Continúa el mismo tratamiento.

Febrero 4—T. 39.6 y p. m. 39.6.—P. de 94 á 88; el estado tifôideo es mas pronunciado. 1 C., diarrea abundante y fétida despues.

Febrero 5—T. 38.9 y p. m. 40.5, delirio y excitacion por la noche, durante el dia mucha postracion y sopor. Sigue el tratamiento.

Febrero 6—T. 40, p. m. 39.7—5 C. muy semejante á la de los tifoideos.—P. 96.

Febrero 7—T. 39 p. m. 39.2—1 C.

Febrero 8—T. 38.6 p. m. 39.3. Disminuye el delirio y duerme en la noche.

Febrero 9—T. 38.3, p. m. 38.3.

Febrero 10—T. 39.4, p. m. 40.—3 cámaras diarréicas—mucho delirio é intranquilidad—P. 85 y 96.

Febrero 11—T. 37.9 y p. m. 38.

Febrero 12—T. 37 y p. m. 39—2 C.

Febrero 13—37 y p. m. 37.1—2 C.

Febrero 14—36.9, p. m. 37—1 cámara fecalóidea y desde aquí se normaliza todo.

CAPÍTULO XII

De las complicaciones, etc.

SUMARIO—Variedad de las complicaciones.—Pueden originarse en los diversos períodos de la evolucion colérica.—Complicaciones del lado del aparato digestivo (enteritis, timpanismo, *muguet*, parotiditis, etc.)—Idem del aparato respiratorio, circulatorio, nervioso, génito-urinário, etc.—Anémia:—Lesiones cutáneas.—Enfermedades consecutivas.—Influencia del cólera sobre las enfermedades preexistentes; benéficas y perjudiciales (?); sobre los derrames, supuraciones, sobre los síntomas y signos del padecimiento anterior, etc.—Del cólera y de sus relaciones con las aptitudes é inmunidades mórbidas.—De la coincidencia de las diversas infecciones.—Consideraciones sobre las formas agudas y crónicas.—Efectos del cólera sobre la marcha y síntomas de las enfermedades agudas preexistentes.—Influencias recíprocas de estas últimas.—Importancia del embarazo en esta cuestion.—De la convalecencia, sus síntomas, sus peligros.—Del régimen y vigilancia en este estado.—De las recaidas y recidivas.—Consideraciones que se deducen.—Conclusion.

Las complicaciones, es decir, los fenómenos mórbidos secundarios desarrollados bajo la influencia del cólera, son múltiples y variables segun las diversas epidemias, y sin salir del aparato orgánico mas directamente comprometido en esta enfermedad, hallamos algunas que nacidas casi desde los primeros momentos de la invasion, se han sostenido despues por algun tiempo.

Aparte de las complicaciones que el cólera puede presentar, existen otros trastornos, siempre en la esfera pa-

tológica, con los cuales dicha enfermedad suele mantener una relacion inmediata, y que si en realidad no constituyen complicaciones, deben ser colocadas en la misma categoría: nos referimos á la influencia de la evolucion colérica sobre las enfermedades preexistentes y viceversa.

Y se comprende que así sea, porque el profundo desórden llevado por el cólera á las funciones mas esenciales de la vida, no puede disiparse siempre sin dejar como una consecuencia, alteraciones mas ó menos graves ó persistentes, ya en los períodos iniciales de la enfermedad, ya en su faz terminal, y aun todavia, en la convalecencia.

Así la dispépsia, la gastro-enteritis, la enteritis crónica, la colitis, han sido reliquias muchas veces dejadas por esta enfermedad, que hemos visto con alguna frecuencia en los casos que nos han servido para elaborar este trabajo.

La diarrea en estos casos se presentaba con caractéres variables, distintos siempre de su aspecto primero; las deyecciones eran viscosas, fétidas, teñidas generalmente por la bilis y conteniendo á veces, al lado de fragmentos membranosos, células epiteliales, sangre y moco. en cuyas circunstancias se asemejaban muchísimo á las deposiciones de los disentéricos y como en ellos, solian espulsarse á costa de grandes esfuerzos (pujos, tenesmo). Los dolores abdominales eran raros y poco intensos, el timpanismo mediano, y la frecuencia variable.

Los síntomas reveladores de las demás complicaciones enunciadas no se alejaban mucho de los del catálogo clínico, que cuando son idiopáticas presentan, solo que al espresarse en sus modalidades diferentes, se notaba algo como si indicara la parésia que era el fondo comun impreso por el proceso colérico á estas complicaciones, del cual difícilmente resaltaban.

La estomatitis, el *muguet* principalmente, solo ó acompañado de parotiditis, ha sido una complicacion séria que hemos podido observar en el curso de esta epidemia. La inflamacion de la parótida, coincidiendo siempre con lesiones bucales, era relativamente mas comun en los coléricos procedentes de los Manicomios, que nos dieron 12 casos. Esta complicacion iniciada en las primeras faces de la reaccion generalmente, se caracterizaba por los síntomas habituales, pero con una notable tendencia hácia la supuracion que era difícil prevenir y particularmente modificar, despues de la apertura que sus colecciones purulentas obligaban. De los 12 casos observados, ocho terminaron de un modo fatal.

La angina pultácea y diftérica, han sido algo raras, pero hemos observado algunos ejemplares interesantes. La marcha de estos accidentes era mas lenta que en los casos comunes de estas afecciones; la curacion fué la regla, sin embargo.

Del lado del aparato intestinal debemos todavia señalar otras complicaciones, las que apesar de su rareza, tienen que ser tenidas en cuenta por el clínico, so pena de perjudicar á los enfermos con la insistencia de determinadas medicaciones.

En primer lugar citaremos el timpanismo por parálisis del intestino, que llegó en uno de nuestro casos (véase observacion núm. LXII) á reclamar una terapéutica especial y sostenida por algunos dias, y que comenzado con la invasion del cólera, se prolongó hasta la convalecencia.

Tenemos en segundo lugar las ulceraciones intestinales y la perforacion con peritonitis subsiguiente, que la hemos visto confirmada 2 dos veces en la antópsia.

Esta complicacion que sola ó unida á la tiflitis, suele presentarse en el curso del cólera, es posible que dependa del

progreso creciente de la nécrosis de la mucosa intestinal, aumentada probablemente por el tratamiento que en estos casos se empleó (la enteroclísis).

En uno de estos enfermos los síntomas abdominales pasaron desapercibidos ante el cuadro imponente pero bastante depresivo de la faz de estado; sin embargo, habia presentado durante la vida gran dificultad para soportar la inyeccion intestinal que le provocaba bastantes dolores, razon por lo que nunca se logró hacer penetrar la dósis acostumbrada.

El valor de este hecho desgraciado se ha de imponer, creemos, á aquellos que piensan que se puede sin peligro emplear grandes masas de líquidos y una fuerte presion, al practicar la referida operacion.

Por último, la enterorrágia, la hematemesis, y particularmente las hemorroides y el prolapso de la mucosa rectal que ha hecho en algunos casos algo difícil el tratamiento por el método del Dr. Cantani, han sido complicaciones observadas por nosotros en esta epidemia.

Del lado del aparato respiratorio, no hemos encontrado alteraciones de este órden que pudieran referirse al cólera, pues, salvo aquellos casos de bronquitis antiguas, de neumonias crónicas, de tuberculosis pulmonar, no hemos observado grandes modificaciones, exceptuando la conjestion activa y pasiva, que ha sido vista alguna vez. Todos los demás trastornos preexistentes atenuados mientras la infeccion colérira se ensañaba, se agravaban despues, particularmente la neo-plásia específica, que solia continuar luego á pasos ajigantados.

Algo parecido nos ha sucedido con el aparato circulatorio, de su órgano central en especial: no hemos observado modificacion secundaria en él que pueda considerarse

como una complicacion, pues, una vez manifestada la reaccion y la convalecencia, las perturbaciones cardíacas debian mas bien ser referidas á la anémia y debilidad que caracteriza á esta última faz, que á una complicacion legítima. Los frotes pericardíacos, la debilidad de la impulsion, la extinsion de sus ruidos, han vuelto siempre á la regularidad normal, sin dejar fenómeno alguno persistente.

El sistema nervioso tan comprometido en esta enfermedad, es susceptible de dejar perpetuar aun despues de terminada, algunos fenómenos de aquellos que particularmente preponderan en la reaccion, formando complicaciones que requieren un tratamiento especial.

La conjestion cerebral, la inflamacion meningo-encefálica, ha sido en algunos casos la causa inmediata de la muerte. En un enfermo la perturbacion cerebral terminó por un delirio religioso persistente. La cefalálgia, la ciática, otras neurálgias, así como akinesias y contracturas generalmente poco durables, han sido la consecuencia de esta infeccion.

Los padecimientos secundarios del aparato urinário han sido relativamente frecuentes: la albuminúria, la nefritis en sus variadas formas anatómicas, el catarro vesical, se han presentado algunas veces despues del cólera, pero por regla general, y cuando estos trastornos no han alcanzado un período avanzado, han podido ser influenciados benéficamente por el tratamiento habitual en tales casos.

La anémia con la coloracion especial de la piel, palpitaciones, soplos vasculares, vértigos, debilitamiento general, edema en los maleolos y neurálgias, se ha mostrado á grados diversos en algunos enfermos gravemente atacados, llegando á presentarse con su complexo sintomático completo, únicamente en los casos de grandes enterorrágias; pero en todos, se ha podido restaurar la sangre por el empleo de la medicacion tónico-marcial.

Para terminar el catálogo de las complicaciones, señalaremos la erisipela, la sordera, la conjuntivitis, la keratitis, y debiéramos añadir, las erupciones cutáneas; pero como éstas en virtud de observaciones especiales requeriran un estudio aparte, nos limitamos simplemente á indicarlas aquí.

Como enfermedades consecutivas, indicaremos las que nosotros hemos visto con mas frecuencia, son la viruela, el sarampion, la neumonia, etc., pero nunca la difteria ni la fiebre tifóidea, lo que se concibe, cuando sus causas no existian en la proximidad del lugar en que estos hechos se pasaban.

Es indudable que el cólera influye de una manera marcada sobre las enfermedades preexistentes y recíprocamente; ora sustituyéndose al proceso primitivo en virtud de su mayor potencia, en cuyo caso la enfermedad inicial puede curar, y mas frecuentemente, reaparecer despues de este sacudimiento transitorio; ora esperimentar un cambio especial, no siempre idéntico, pero imputable al mismo mecanismo.

Los derrames mas antiguos disminuyen ó cesan, los flujos, las supuraciones prolongadas y eternas, se estinguen, las heridas y las erupciones mas antiguas palidecen durante la faz de actividad del cólera; pero fuera de estas acciones bien esplicables sobre los signos y productos de la afeccion primera, la infeccion colérica parece obrar sobre la intimidad de los procesos patológicos preexistentes agudos ó crónicos, agravándolos generalmente, y por escepcion, en casos especiales, actuando como un verdadero remedio.

Todos saben la funesta influencia ejercida por el cólera sobre los padecimientos gastro-intestinales, sobre los estados caquecticos, la disenteria, el alcoholismo crónico,

sebre los tísicos, en fin, sobre las diversas formas de la alienacion mental.

Los maniacos, los diferentes alienados enviados de los Manicomios á la Casa de Aislamiento, no parecieron esperimentar despues del cólera, cambio alguno en la forma de delirio que constituia su vesánia; sin embargo como en dichos casos no hemos podido continuar la observacion por haber sido remitidos al hospital de su destino, no sabemos si se habrá notado en ellos cambio alguno.

Aún cuando nosotros no hemos podido apreciar de un modo completo este género de influencias, que ordinariamente es recíproco, porque ambas enfermedades se reunen en la mayoría de los casos para disputarse su predominio en la terminacion fatal, en vez de neutralizarse mútuamente y dar un producto mixto mas benigno, poseemos sin embargo algunas observaciones, que cuando menos servirán para completar el número de las ya conocidas sobre estas fusiones patológicas que no son tan estrañas ni raras.

Dos leprosos que hacia años que se atendian, contrajeron el cólera: uno murió en pocas horas y el otro curó, presentaudo luego esta particularidad, y es que este enfermo á quien desde mucho tiempo atrás, teníamos que curarle las ulceraciones de sus tubérculos y las alteraciones oculares, presentó tal mejoría, que hoy despues de un año, aún se conserva relativamente mas bien que en los años anteriores.

Respecto á las aptitudes é inmunidades que el cólera ú otras enfermedades igualmente específicas presentan entre sí, debemos repetir lo dicho anteriormente, y es la dificultad que los variolosos han mostrado para dejarse invadir por el cólera; por el contrario, algunos coléricos

despues de los períodos activos de su evolucion, han sido atacados por las fiebres exantemáticas.

No hemos visto nunca una infeccion de este órden ser desalojada por otra infeccion en un mismo individuo, y aunque la esperiencia tienda á restringir un poco el valor de esta proposicion, es un hecho clínico de observacion general que estas enfermedades cuando se apoderan del hombre, no lo hacen de un modo contemporáneo, sino sucesivo, y cuando la infeccion primera en tanto que acto específico ha terminado.

No obstante, no parece ser así en las infecciones que podríamos llamar crónicas, como la infeccion palustre. En los casos observados en Tucuman, en Salta, etc., se ha visto á los fenómenos maláricos suspenderse un tanto durante la evolucion colérica, que en ciertos enfermos aparecia modificada, pero no bien los accidentes coléricos desaparecian, los síntomas del paludismo se mostraban de nuevo y mas activos á veces.

En este órden de ideas presentaré un caso: un enfermo de sarampion, cura y sale de alta; diez dias despues contrae el cólera, y cura tambien, para ser atacado por la viruela de la que salva, y ser por último infectado por la blenorrágia

Estas múltiples infecciones fueron sucesivas, y cuando mas verificadas en el período de convalecencia de cada una de ellas.

En las enfermedades comunes, los efectos de la infeccion colérica son variables segun la forma de dichas enfermedades, su gravedad, su estado. Por regla general si son febriles, la temperatura baja y marcha de acuerdo con la afeccion reciente, sosteniéndose de la primera solo los signos físicos bastante oscurecidos y aquellos depen-

dientes de sus acciones mecánicas; toda la reaccion funcional es ahogada por el cólera.

Si la duracion de esta afeccion indiferente, que suponemos, es breve pero mas larga que la del cólera, una vez estinguido éste, aquella se prolongará por un tiempo mayor que su máximum ordinario; y en cualqnier caso, será mas grave, principalmente si se trata de un proceso de mala naturaleza, cáncer, tuberculosis.

Hay sin embargo escepciones raras; las afecciones hidropígenas con lesiones poco intensas, pueden mejorarse despues de un ataque de cólera. Los padecimientos del corazon mismo, sus lesiones valvulares, suelen presentar despues de una invasion colérica atenuada, una corta mejoría en sus síntomas mecánicos y una apariencia de detencion del proceso. No hemos seguido á los enfermos despues, pero dudamos de la duracion de tan efímeros beneficios.

Respecto á la influencia de los padecimientos anteriores sobre el cólera, es evidente que este último será tanto mas activo y grave cuanto que la afeccion preexistente haya sido mas debilitante; entonces el cólera que es una enfermedad esencialmente destructora, si bien es cierto que no requerirá en estas circunstancias un gran aparato para comprometer sériamente la vida, en cambio, el organismo exhausto no dispondrá de fuerzas suficientes para reaccionar con ventajas. Y es de regla que cuando esta infeccion aparece en el curso de este género de enfermedades, la terminacion mas comun es la muerte, sobrevenida unas veces bajo la accion de esta causa sobreañadida, y otras por la afeccion primordial profundamente minada por el proceso intercurrente.

Ciertos estados fisiológicos como el embarazo, constituyen un peligro, y aunque el aborto ó el parto prematuro no

sea su consecuencia obligada, la observacion mas general y la nuestra tambien confirma, que este peligro aumenta con la época mas adelantada en que se halle la gestacion. El aborto del 5º al 6º mes y el parto prematuro cuando se observa en la marcha de esta enfermedad, como es la regla, espulsan al esterior un feto ó un niño generalmente muerto, y en casos poco numerosos los hemos visto sobrevivir por algun tiempo.

Y bien, en los Lazaretos de Tucuman se ha observado un hecho totalmente opuesto.

«Las mujeres, dice el doctor Araoz, enfermas de cólera en el estado de gestacion y que abortaban en el curso de la enfermedad, entraban inmediatamente al período de convalecencia.»

«El aborto ó el parto prematuro artificial parecerán, pues, recursos de primer órden para combatir el cólera en semejante estado.» (1)

Por mi parte no discuto el hecho, lo hago constar simplemente para oponerlo al que nosotros hemos visto, y que está mas en armonía con la observacion general. En todo caso es posible que se halla tratado de una série favorable que á veces se presentan en determinadas epidemias, sin poder jamás esplicarnos la razon.

La convalecencia, es decir, ese estado de debilidad intermediario que sucede á las enfermedades agudas y graves, se ve establecerse frecuentemente en el cólera con mayor ó menor rapidez, segun la intensidad del ataque que acaban de sufrir los individuos, la duracion, el trata-

(1) Memoria del Ministerio del Interior, año 1887. Véase el informe del Dr. D. Benjamin Araoz, pág. 145.

miento empleado, y por último, segun las condiciones anteriores del paciente.

Producto del desgaste orgánico determinado por la consuncion mórbida á que tantos elementos concurren particularmente en esta enfermedad, como son las enormes espoliaciones, la falta de alimentacion y la autofágia, se comprende cómo la convalecencia debe variar de aspecto y de importancia en los diversos casos. Sin embargo y apesar de las suposiciones que la teoría pueda imaginar á este respecto, la observacion nos dice que en todos los casos, ella debe ser igualmente considerada y vigilada, porque ninguno de ellos está libre de la recaida, y ésta como sabemos, no siempre es similar ni comparable á la infeccion primera.

Si es cierto que en nuestros enfermos del primero y segundo período, la convalecencia parecia algunas veces hacer continuacion á la terminacion de los trastornos del tubo digestivo y casi sin fenómenos reactivos intermediarios, no es menos verdad que una observacion prolija, permitia descubrir siempre algunas perturbaciones, como la palidez, la escitabilidad general, la debilidad muscular, la fatiga, las palpitaciones, en una palabra, algo que revelara la falta de la integridad funcional.

Por consiguiente, en estos casos, la convalecencia aunque corta y recorrida ordinariamente sin peligros, existia siempre; y despues de algunos dias recien empezaba á notarse claramente el restablecimiento total.

Cuando el ataque habia sido mas profundo, poniendo á prueba la resistencia y las fuerzas del individuo, los fenómenos funcionales que revelaban la convalecencia, eran mucho mas pronunciados (generalmente análogos á los de una cloro-anémia), y aunque los enfermos sintiesen como el despertar de sus principales funciones, de

las dijestivas en especial, que se manifestaban con esa hambre voraz (bulímia) que no alcanza á satisfacer la racion habitual de los enfermos, que era á veces necesario duplicar, pasaban generalmente muchos dias antes de aproximarse al estado en que se hallaban en el momento del ataque.

La convalecencia del cólera presenta muchos puntos de contacto con la de la fiebre tifóidea, y como en ésta, es menester armarse de la energía necesaria que el conocimiento de las condiciones del tubo dijestivo en esos momentos, hace indispensable, sino se quiere ver reaparecer la diarrea, que el mas mínimo aparte de régimen determina, y aún sin esto, la esposicion al aire, al frio, los trabajos prematuros, etc.

Hay que luchar con esa hambre canina, con esos pedidos diarios con que estos enfermos atribulan al médico, y proceder á la alimentacion selectiva y gradual.

Es de esta manera como pueden evitarse las recaídas á que están tan espuestos, ó por lo menos prevenir las alteraciones del lado del aparato dijestivo, que tan poco cuestan para eternizarse.

Sin embargo, es de observacion que los coléricos se reparan en un tiempo mas corto que los tifóideos, y que apesar de la estension y grado ordinario de la lesion intestinal, toleran sin mayores inconvenientes una alimentacion relativamente prematura.

De todos modos, es una regla de buena práctica vijilar de cerca la convalecencia y tratarla no solo con la alimentacion metódica, sino con aquellos agentes tónicos y reparadores que siempre hallan aquí su indicacion, sin perjuicio de todos los medios conocidos para regularizar las funciones, el sueño, el ejercicio.

Las recaidas, porque no podríamos hablar de recidivas sobrevenidas casi puede decirse al fin de la convalecencia, no son raras en el cólera, y generalmente dependen de una alimentacion intempestiva ó poco apropiada, como ha pasado en los casos que hemos observado.

Enfermos que salian del establecimiento donde el régimen consistia en carne de ave, carne asada, huevos, chocolate, caldo, etc., al volver á sus domicilios, usaban y abusaban de otros alimentos preparados quien sabe cómo, siendo esta la principal causa, á pesar de nuestra insistente recomendacion, por la cual algunos enfermos, como he dicho ya, volvieron á ingresar presentando los mismos síntomas, y á veces los correspondientes á un grado mas adelantado del que la enfermedad habia ofrecido en su primer ataque.

En el caso (véanse las observaciones del capítulo V) de que nos hemos ocupado, la enfermedad se detuvo la primera vez en el segundo grado, y en la otra llegó al período de estado y á la muerte.

En otro caso (una muchacha del Asilo del Buen Pastor) la recaida fué el resultado de una medicacion inapropiada: un purgante administrado por error.

Hemos visto 5 casos mas de recaida en esta epidemia imputables principalmente á la alimentacion prematura.

Es por esto que pensamos, que toda sustancia alimenticia, medicamentosa ú otras que puedan irritar el aparato dijestivo de una manera exajerada, relativamente á la delicadeza en que se halla despues de la evolucion colérica, es susceptible de producir un conjunto de síntomas parecidos á los del proceso pasado. Y así, en todos los casos que hemos visto, las deyecciones y los vómitos, pero las primeras principalmente por

su constancia en estas reversiones, no son tan características como en la infeccion primordial, lo que está indicando que si su reaparicion significa la tendencia de que los nuevos desórdenes se establezcan siguiendo la misma direccion en que el proceso colérico los habia dirijido, no siempre éstos han de reconocer la misma causa.

Es verdad por otra parte que en la mayoría de los casos de recaida, los síntomas son tan semejantes á los del cólera primitivo, que el enfermo llegado al período de estado, no podria ser distinguido; y en el caso á que nosotros hemos hecho referencia, en efecto, la recaida no hizo mas que continuar el proceso: 2º grado en el primer ataque, 3º y final en el segundo.

Se vé bien entonces, que no se trata de una nueva infeccion (recidiva) sino mas bien, de una verdadera reviviscencia (recaida) de los gérmenes resagados que han de encontrar en esto la causa de una nueva multiplicacion (?)

En cuanto á las recidivas, no las hemos visto en ninguno de los casos asistidos en la Casa de Aislamiento, y aún cuando ellas son posibles segun el testimonio de autores sérios, si han tenido lugar en esta epidemia, las ignoramos completamente.

La recidiva debe hacer suponer una nueva infeccion, que no deja de ser admisible dada la tendencia localista esclusiva de sus gérmenes productores. Esto mismo induce teóricamente á sospechar, que las recidivas han de ser mas benignas, atenta la ley de la costumbre y de la tolerancia á la cual tampoco escapan los gérmenes patógenos.

CAPÍTULO XIII

De los exantemas del cólera

SUMARIO—Diversos aspectos de la piel en los coléricos.—De las erupciones cutáneas.—Clasificacion.—Su frecuencia varia con las epidemias.—De la relacion de sus manifestaciones con la reaccion.—No ha sido constante el hecho entre nosotros.—Del exantema *petequial*.—Su frecuencia, sitio, carácter é importancia.—No tiene relacion con el pronóstico.—Del exantema varioliforme.—Caso práctico y evolucion del proceso exantemático durante la faz colérica.—Discusion.—De otras erupciones: rubeoliforme, escarlatiniforme, urticaria, etc., etc.—Consideraciones generales.—Conclusion.

El estudio de la piel de los coléricos es muy digno de llamar la atencion, no solo por las variedades que sin salir del tipo comun presenta, sino tambien por las erupciones diversas que en muchos casos se pueden encontrar.

Este órgano de funciones múltiples, se vé alterado desde temprano en dicha enfermedad y sus síntomas se espresan con la claridad que le permite su situacion esterior.

El conjunto de síntomas que la piel suministra, así como los ofrecidos por el hábito esterior, son como sa-

bemos de un tipo tan clásico y constante, que ha servido á los autores para especializar la enfermedad, y la abreviatura *facies colérica*, es tan elocuente y espresiva, que engloba en sus reducidos términos, toda una série de síntomas que hallan en ella su mas perfecto resúmen.

Pero al lado de la cianosis llevada á sus últimos límites, con esos círculos negros que rodean los ojos dando al moribundo un aspecto siniestro, y de ese tinte plomizo de los miembros y de secciones mas ó menos estensas del tronco, que se acompaña de una coloracion violácea de los lábios, encías y de la lengua, y que reunidos forman lo que se ha llamado *cólera azul*, hay casos relativamente mas escepcionales, y nosotros hemos visto algunos, muy raros, es verdad, en que dicho color sombrío, está sustituido por un tinte pálido, sobre el cual han insistido algunos autores como Giraud (1865), Lespiu y Guerrier (1866), por que suele persistir por un tiempo, antes de dejarse invadir por el tono oscuro de la cianosis, y es lo que se ha llamado, *cólera pálido*.

Estos cambios de color que la piel de los coléricos esperimenta, no siempre se disponen de la misma manera, y al lado de casos en que es uniforme, pueden observarse otros en que se manifiesta alternando, ó que la cianosis en vez de aparecer por anchas placas *confluentes* que toman regiones enteras, ser mas *discretas* por su aislamiento, y en otros todavia, afectar un aspecto marmóreo.

El Dr. Mauricio Coste en su estudio clínico del cólera en el Hospital del Faro (Marsella 1885), al hablar del estado de la piel, dice, que lo que caracterizó la epidemia de 1885, fué la cianosis mas ó menos intensa observada en la mayoría de los coléricos. «Ellos no están blancos como los del año último, segun la espresion de la gente del pueblo, por el contrario, están negros», naciendo de aquí

la creencia de que el tifus se habia complicado ese año de accidentes coléricos. (1)

Fuera de estas alteraciones cutáneas que en algunas de sus formas son constantes y contemporáneas de otras perturbaciones funcionales, como el enfriamiento, la pérdida de su elasticidad, y los cambios de secrecion, que cuando existen son espesas y pegajosas, hechos todos que revelan el profundo ataque de que es asiento, hay otras señaladas ya por Duplay en 1832 y que aparecen comunmente durante la reaccion y convalecencia: son los exantemas ó erupciones del cólera.

Todos estos exantemas que han sido referidos á los tipos conocidos de las afecciones cutáneas porque asumen sus variadas formas, traduciéndose á veces como un eritema (Legoupil 1849), como la urticaria (Briquet y Mignot), como la miliar (Polya y Grünhut), y otras como el zona, la roseola, la escarlatina, etc. (Keler, Rayer) variando de frecuencia con las epidemias, (en Bremen en 1848 eran comunes á todos los casos. En Berlin en 1852 eran, por el contrario, raras; y en Viena en 1832, solo se notaron al finalizar la epidemia), se observan como dicen los autores, en el período de reaccion y van generalmente acompañadas del apaciguamiento de los accidentes, sin ejercer, no obstante, una influencia crítica sobre la terminacion de la enfermedad.

Pero si esta conclusion de que los exantemas marcan por regla general el término de la enfermedad, segun los epidemiologistas, es comun, nosotros podemos afirmar que no es siempre así, al menos en lo que toca á otro género de exantemas de mayor importancia, sin duda, y

(1) *Etude clinique sur le chólera au Pharo*—Maurice Coste—1886.

que hemos visto muchísimas veces durante la evolucion colérica, y aun desde el principio del segundo grado ó período de crecimiento del cólera.

Nos referimos á una erupcion petequial abundante que no hemos hallado señalada en ninguno de los autores, y que dada su importancia, merece que le dediquemos un momento de atencion.

La aparicion de verdaderas petéquias en cantidad siempre considerable y superior al menos á la que suele verse entre nosotros en la fiebre tifóidea, ha sido un fenómeno frecuentemente observado en esta epidemia, que hemos hecho ver tambien á algunos colegas dignos de fé que nos honraron con su visita, como el doctor don Facundo Larguia, el doctor don Telémaco Susini, el doctor don Roberto Wernicke, el doctor J. M. Ramos Mejia, y el dermatologista doctor don Baldomero Sommer, quienes pudieron confirmar en algunos casos que les mostramos, la presencia de estas hemorrágias cutáneas puntiformes, que desde el principio de la epidemia habíamos notado, sin podernos esplicar la causa en una enfermedad como el cólera, en que como es sabido, la condensacion de la sangre llevada á sus últimos límites, es uno de sus caracteres capitales.

Esta forma del cólera que bien podria ser designada con el nombre de petequial, se ha mostrado indistintamente, tanto en las modalidades benignas como en las malignas y en 918 enfermos que han pasado por nuestras manos, la hemos encontrado mas de 50 veces.

No se ha tratado por consiguiente, como podria imaginarse, de un hecho casual, ni menos de coincidencias mórbidas: las edades, los sexos, la constitucion, el estado de salud ó de enfermedad anterior, no han parecido

desempeñar un papel determinado en la produccion de dicho fenómeno.

Estas manchas puntiformes, de un color rojo algo oscuro, tal vez algo mas grandes que las de la fiebre tifóidea, á las cuales eran perfectamente comparables, existian lo mismo en los enfermos del segundo período que del tercero.

Su sitio de eleccion era la parte antero-inferior del torax y parte correspondiente del abdómen, y á veces, toda esta region y aún en sus partes laterales; en los miembros se veia en la region interna y anterior de los muslos y en los brazos. En otros casos la erupcion era perfectamente generalizada, sin escluir el dorso de las manos, piés y el rostro; pero siempre se presentaba discreta.

Por regla general dicho exantema hemático, pues, ofrecia todos sus caracteres físicos, era mas numeroso en el tercer período.

Este síntoma que cuando menos debe anunciar una alteracion profunda del sistema capilar cutáneo, obrando de una manera esencial en este proceso, ya que el grado de densidad de la sangre, solo autorizaria á admitir la estravasacion de su porcion mas líquida ó teñida por la hematina, existia como se ha dicho, en enfermos que aún conservaban una circulacion sensiblemente regular (segundo período), y en otros en que estaba bastante disminuida en la periferia (tercer período).

En todos los enfermos en quienes notamos la presencia de este fenómeno, no pudimos nunca establecer fundándonos en él, relacion alguna con el pronóstico, ni con el tratamiento empleado, que tal vez podria hacerse intervenir como causa: las petéquias han existido en los casos sometidos á las mas variadas medicaciones, y tambien en enfermos que no habian sufrido ningun género de trata-

miento. Sin embargo y apesar de estas conclusiones generales á que nos obliga nuestra observacion, debemos añadir, que en dos casos del segundo período, donde la muerte es relativamente rara, se produjo en enfermos aparentemente buenos, pero con una erupcion petequial abundante.

De todo esto resulta, que durante la evolucion del proceso colérico, pueden observarse petéquias en mayor cantidad que las que comunmente la fiebre tifóidea presenta en cierto período, y con las cuales se asemejan mucho por sus caracteres objetivos, sin que podamos alcanzar su causa, y sin que nuestras observaciones nos hayan demostrado que tal accidente representa un signo de importancia sobre la terminacion.

Es, por lo tanto, un síntoma que merece mas detenido estudio que el que á nosotros nos ha sido permitido dedicarle, contentándonos, por ahora, simplemente con señalarlo á la consideracion de los observadores.

Una cosa análoga tenemos que decir de una erupcion varioliforme, observada casi desde el principio de la invasion del cólera, que es tanto mas digna de despertar el interés, porque habiendo asistido tantos variolosos durante la epidemia colérica, nos ha sido dado confirmar el hecho de que durante la faz activa y febril de la viruela, ninguno de estos enfermos adquirió el cólera.

Esta oposicion que hacemos resaltar y que hemos esplicado á su tiempo, es para colocar en su verdadero sitio á la opinion posible de una coincidencia mórbida, que sin ser fenomenal en las afecciones infecciosas, es de observacion que solo se verifiquen cuando ellas recorren sus faces finales ó de reparacion.

La rareza de nuestro caso consiste en la época de aparicion del exantema, porque como fenómeno de la

reaccion y convalecencia, es bien conocido por todos los autores que han estudiado las epidemias de cólera.

En nuestro enfermo pasó otra cosa, y cuando hayamos espuesto sus particularidades, se verá que el exantema de que nos ocupamos, aparte la circunstancia indicada, solo tenia de la viruela su apariencia al principio de la erupcion, que se perdió luego en su evolucion ulterior.

Este caso fué observado en un inglés, vacunado, entrado el 12 de Noviembre á la sala «Pietranera» número 52, con diagnóstico de cólera. Cuando este enfermo fué recibido por el practicante de servicio, habituado á ver diariamente variolosos, creyó en un principio que se trataba de un error de diagnóstico y que el tal colérico, no era sino un enfermo de viruela.

Presentaba una erupcion de pápulas rosadas y discretas en el rostro; la misma erupcion pero algo mas roja en la parte anterior del torax y miembros superiores, algunas de las cuales se mostraban coronadas de una pequeña vesícula que contenia un líquido sero-sanguinolento. En los miembros inferiores existian tambien dichos botones. Algunas vesículas aparecian vagamente umbilicadas, y segun el órden de su evolucion parecian corresponder á una forma benigna de viruela en el período final de la erupcion. Las mucosas habian sido economizadas por el exantema.

El estado general de este individuo era grave.

Presentaba: gran postracion, diarrea, vómitos, ambos característicos, calambres, piel fria, cianosis, temperatura debajo de la normal, 35.5, pulso perdido en la radial, aparte los demás síntomas; en fin, el comienzo de este ataque se habia declarado como en los demás. Se puso en tratamiento y se observa la evolucion del exantema. La temperatura siguió baja, el pulso empezó

lentamente á sentirse, pero muy débil, continuando al mismo tiempo los vómitos y deyecciones. Entre tanto la erupcion parecia adelantar: muchos de sus elementos quedaron al estado de simples pápulas, algunas vesículas se rompieron, siendo muy contadas en las que se advirtió una tendencia hácia la supuracion, con desecacion rápida.

Los demás síntomas coléricos persistieron atenuándose algo, apesar de la notable disminucion de la secrecion urinária que se mostró pronto, acompañada de una somnolencia próxima al coma.

No obstante, el 17 se pronunció la reaccion y la erupcion empezó á descamarse, primero por la cara, en forma de escamas mas ó menos espesas segun la fuente de su proveniencia (vesícula, pústula), dejando en su sitio manchas rojas, no deprimidas y semejantes á las de ciertas modalidades benignas de la viruela. El 23 empezó la convalecencia de su ataque de cólera, curando sin consecuencia alguna.

Bueno es preguntarse ahora ¿esta erupcion habrá sido una de esas variedades que los autores han observado en el período de reaccion y de convalecencia del cólera, prematuramente desarrollada aquí, ó por el contrario, se ha tratado de una coincidencia, de un cólera con viruela benigna ó varicela?

Yo no podria decirlo con exactitud, pero debo poner de manifiesto, 1° la ausencia completa de los síntomas de la invasion variólica, tan acentuados, fijos y característicos; 2° la falta de fiebre, que por lo menos debió existir en la faz de la invasion; 3° la irregularidad de la erupcion y de su evolucion, que en los casos de observacion comun, se hace evidente desde el momento de principio de la erupcion hasta su fin.

Los exantemas rubeoliformes y escarlatiniformes, son manifestaciones cutáneas mas frecuentes en el cólera, que las referidas anteriormente, y aparecen como se ha dicho, desde el principio de la reaccion y aún despues.

Nosotros hemos visto algunos casos en esta epidemia que correspondian por sus caracteres típicos á la descripcion de esta lesion *post colérica.*

Entre otros, referiremos un caso (Juan Paladino, entrado el 19 de Noviembre á la Sala «Pietranera» nº 59) que recibido en el segundo periodo, con anúria, hipo y estado general muy grave, presentó al décimo dia, y despues de un período de reaccion exajerada, una erupcion generalizada que en ciertos puntos, como en los antebrazos, simulaba la del sarampion maculo-papuloso, y en otros, como en la region lumbar y parte posterior de los muslos era, por el contrario, francamente escarlatiniforme.

La coloracion roja que cedia á la presion del dedo, no presentaba objetivamente ninguna diferencia, en ambos puntos, con la que es peculiar á estos exantemas febriles; pero no se acompañaban, ni de las lesiones mas importantes de las mucosas, laringe, etc., ni del ciclo febril que los caracteriza.

Este género de erupciones que hemos visto aisladas y otras reunidas, fueron en un principio atribuidas por nosotros, á la accion mecánica de las fricciones de que se hace un uso tan general en el cólera, y á la accion medicamentosa de la sustancia á ellas incorporada.

En efecto, á la esencia de trementina de que hacíamos uso, atribuimos estos exantemas, cuya aparicion coincidia perfectamente con la época hácia la cual estos podian hacerse visibles, es decir, cuando la cianosis pasa y la piel restablecida en su funcionamiento normal, pue-

de manifestar claramente sus alteraciones. Pero como tambien los hemos observado en enfermos que no habian sufrido tal medicacion y en otros, muy pocos, traidos en el período reaccional que ya los presentaban, y que si era probable que algunos hubieran sido friccionados con otros agentes que la trementina, no lo sabíamos; nos ha quedado la duda de si estos exantemas son el producto del tratamiento ó están ligados á la enfermedad.

Sin embargo, hay que tener presente que en algunos casos, la erupcion se ha hecho manifiesta en el rostro, economizado siempre en tales masajes, de donde debiera estar ausente, si ellas fueran esclusivamente debidas á la irritacion local.

En todos estos casos de erupciones maculosas, la descamacion ha sido la forma mas comun de su terminacion. La descamacion furfurácea (exantema rubeoliforme), ó en láminas (exantema escarlatiniforme), no siempre análogas y tan características como en ambas fiebres eruptivas, se efectuaba por el órden de su aparicion, sin observarse nunca á su consecuencia, las complicaciones del lado del aparato renal, lo que podría esplicarse por su limitada estension, y tambien por la poca intensidad del proceso que vagamente simulan.

Entre los otros exantemas, hemos visto, la urticaria en sus diversas formas, y particularmente en una mujer, en que los relieves de las placas edematisadas tomaban regiones enteras de los miembros y tronco (urticaria jigante). Esta enferma se hallaba convaleciente de un cólera grave.

Las vesículas de sudámina y del *herpes labialis*, no han sido estrañas entre las variedades anatómicas de las lesiones cutáneas observadas en esta epidemia.

Finalmente hemos visto, al lado de estas erupciones, otras mas vagas y que podrian ser referidas al eritema,

al eczema, á la roseola, en fin, á la crisipela; pero en este último caso se trata de una verdadera complicacion.

Volviendo sobre esta exposicion, diremos, que la piel de los coléricos esperimenta una série de trastornos notablemente pronunciados, que indican las perturbaciones de que es asiento; y que estas alteraciones se traducen en un conjunto de síntomas de aspecto y significado variable, entre los cuales, además de los indicados, no debemos omitir la disminucion de la sensibilidad, que puede ir hasta la anestésia total, y el depósito pulverulento dependiente de la evaporacion del sudor gomoso, en el cual suelen descubrirse critales de urea, etc. (Griesinger). No es sin razon que Hamernick habla del olor uniroso de estos enfermos.

Cuando estas alteraciones se espresan con los caractéres de los exantemas, es de regla que aparezcan en el período de reaccion ó de convalecencia, escepcion hecha de la modalidad varioliforme y petequial, que como se ha dicho, puede descubrirse á veces en las primeras faces del mal.

Los casos prácticos referentes á este capítulo, se encuentran insertos entre las numerosas observaciones que acompañan á estas páginas.

CAPÍTULO XIV

Del diagnóstico y pronóstico

SUMARIO—Dificultad del diagnóstico—El cólera considerado clínicamente es una sola enfermedad, pero sus causas son ordinariamente dobles.—De la dificultad que presentan los primeros casos, *sospechosos siempre*.—Fuentes de juicio tomadas fuera del enfermo.—Posibles errores.—Medios actuales de resolucion.—Analogía del cólera con las intoxicaciones.—Diagnóstico directo.—Consideraciones sobre un caso dado.—Diagnóstico diferencial.—Notables vacilaciones de los autores (Boëns, Tholozan, Chauffard, etc.)—Diagnóstico con la enteritis, gastroenteritis, fiebre perniciosa colérica.—Signos diferenciales.—Idem con la intoxicacion arsenical—Ejemplo.—Idem con el envenenamiento por los antimoniales.—Idem con las sales de plomo.—Idem con la hernia estrangulada, cólico hepático, etc., etc.—Del Pronóstico: Su diferencia segun los paises, las epidemias.—Estadística respectiva en nuestros hospitales (Italiano, General de Hombres, los del 1er y 2o cuerpo de Ejército del Paraguay y Casa de Aislamiento, etc.)—Varía segun los individuos, sus condiciones, las edades, los sexos, etc.—Finalmente con los períodos de la evolucion colérica.

El diagnóstico del cólera es uno de los problemas mas difíciles de su estudio clínico, y se ha presentado siempre á la mente del observador como un enunciado de resolucion incierta.

Es que esta enfermedad cuyos síntomas son tan fáciles de apreciar y de aislarlos hasta llegar á constituir con ellos una entidad mórbida netamente separable, que en

patología llamamos cólera, no responden en el lenguaje científico severo á un padecimiento único.

Y la patología misma, la higiene y la bacteriología se interponen para decirnos, que si el cuadro clínico forma una enfermedad bien admisible, ella puede reconocer cuando menos, dos causas tan diversas y distintas, que al considerarlas en sus efectos similares y casi idénticos, uno no sabe qué pensar de estos agentes etiológicos, que van hasta identificar con una igualdad sintomática, poco menos que absoluta en los enfermos, dos padecimientos originariamente distintos.

Entre el cólera nostras y el cólera asiático, hay una similitud clínica tan grande, como es inmensa la diferencia de sus respectivas causas.

Yo no voy á discutir la distincion que muchos libros teóricamente pretenden establecer entre estas dos entidades patológicas, voy á los casos prácticos que la observacion de siempre nos ha presentado, y que como se podrá apreciar cuando publiquemos la historia de nuestras epidemias, la vacilacion y la duda, la controversia y la discusion formada al rededor de los *primeros casos*, ha sido el hecho culminante, sin saberse nunca si era *nuestro* ó *ageno* el cólera clínicamente colérico de que se trataba.

Esto no ha pasado solamente en nuestro país: en Francia, en Italia, en todas partes, los primeros coléricos han sido *sospechosos*, y el dignóstico ha tenido que pasar muchísimas veces por algo como una incubacion de juicio, vaga é indecisa, hasta que el padecimiento caracterizándose bien, podia ser clasificado con exactitud.

En hecho, el cólera hasta há poco, era diagnosticado menos por los signos clínicos resultantes del enfermo,

que por los signos epidémicos y la probabilidad del contagio.

Se procedia á este respecto de una manera algo análoga á la que todavia algunos emplean para diagnosticar la sífilis ó el cáncer.

Si la lesion cura por el tratamiento específico, es sífilis: si el tumor estirpado p. e. se reproduce, es cáncer. En el cólera se decía: los síntomas colerosos del colérico, no corresponden al cólera asiático, porque no conocemos epidemia actual en parte alguna del mundo en relacion con nuestro país, y porque nadie se ha contagiado.

De modo, pues, que en la ignorancia del orígen y de la trasmisibilidad, el caso no era de cólera asiático, pudiéndolo ser, sin embargo, con toda verdad, apesar de tales afirmaciones, de las que una bien podia ser errónea, del mismo modo que en los hechos de la comparacion anterior, en que podia tratarse de la sífilis y del cáncer, sin ser curada por el tratamiento específico la primera y dejar de reproducirse el segundo.

Esto de ir á buscar signos diagnósticos en otra parte que en el enfermo, ha revelado y muestra aún, la ignorancia de la medicina á este respecto, puesto que la aleja de su verdadero terreno, la clínica que debe ser la base fundamental en esta ciencia de observacion.

Para distinguir las enfermedades por los síntomas y fenómenos tomados en otra fuente que en aquella que se desprende del proceso mórbido encarnado en el enfermo, no se necesita ser médico; bastaria saber que existe una epidemia cercana, uno ó mas contagiados y un *caso sospechoso.* Y esta trinidad proclamada en el orígen de esta enfermedad popular, en todas las manifestaciones epidé-

micas que hemos esperimentado, debia ser suficiente hasta para el hombre menos preocupado.

Tributario así como ha sido el diagnóstico de las enfermedades epidémicas exóticas, de accidentes fortuitos, era como decíamos antes, la prueba mas flagrante de nuestra ignorancia, que por fortuna y debido al génio del Dr. Koch, ha desaparecido al fin para el cólera.

Hoy no puede ser mas confundido el cólera nostras con el cólera asiático. Este último reconoce una causa específica, un bacilo, estudiado ya hasta donde ha sido dable, del cual carece el primero, y este gérmen animado que puede ser aislado, decide la cuestion.

Sin embargo, como hasta ahora no parece ser suficiente el descubrirlo, sino que es necesario cultivarlo, tales son las profundidades en que insensiblemente vamos penetrando en este órden de estudios; y como dicho cultivo segun los procedimientos actuales, requiere un tiempo relativamente largo, que seria conveniente abreviar, resulta, que hasta que esa época no haya transcurrido (mas de 24 horas), el diagnóstico tiene que permanecer indeciso.

Pero digámoslo de una vez, como dichos gérmenes pueden ser hallados en las deyecciones de los enfermos, con su forma y reacciones mas vulgares, en preparados casi instantáneos, y como por otra parte, solo se encuentran en esta enfermedad, puesto que todo tiende á comprobar que faltan en el cólera nostras (apesar de las tentativas en contrario de Finkler y Prior), se comprende que por este medio ó por otros mas rápidos que la esperiencia enseñará algun dia, llegaremos á poder despejar este *signo*, que parece ser el característico mas esencial para aislar la enfermedad.

Es por eso que los autores y el Dr. Koch mismo, reco-

miendan que en caso de duda, el enfermo debe ser considerado como afectado de cólera indiano y tratado en consecuencia; es por esto tambien que á pedido de este autor ó siguiendo sus indicaciones, muchos paises y Alemania á la cabeza, han procurado instruir á la generalidad de los médicos en la técnica bacteriológica indispensable, para que puedan en todas partes, en la frontera como en el centro de las ciudades, aislar y cultivar este bacilo en todos los casos de duda sobre la naturaleza de la enfermedad en que es necesario averiguar su existencia.

Bien se vé por esto, que la cuestion del diagnóstico del cólera, se sienta hoy en las mismas condiciones de una verdadera intoxicacion, en que si el médico fundado en la observacion puede sospecharlo, debe, no obstante, recurrir á aun auxiliar, al químico, para que identifique la sustancia tóxica; y para el caso del cólera, al bacteriologista para que aisle el microbio.

A este grado ha quedado reducida esta cuestion clínica, que es necesario no omitirla en todos los casos en que el problema se presenta, para poderlo resolver en los términos indicados, hasta que sea posible modificarla en el sentido de la facilidad y de la rapidez.

La necesidad del diagnóstico se impone cada vez mas severa, mientras el cólera estienda sus viajes por el mundo como ha sucedido despues de 1883, y no vuelva á la patria de su orígen y al aislamiento en que perpétuamente se incuba.

Despues de estos preliminares, vamos á ocuparnos del diagnóstico directo del cólera.

En nuestro país por ejemplo, que ha sufrido ha poco una epidemia, reproducida últimamente (Enero de 1888) en la Provincia de Salta, se ha presentado la necesidad de este

diagnóstico, y se presentará de nuevo, si como es de temer, la epidemia recrudece y se propaga.

En estos casos, debemos confesarlo, el diagnóstico directo del cólera, no puede tener seguridad alguna, si como es de regla general en medicina, él ha de fundarse en los síntomas.

En efecto, el caso presentará los fenómenos correspondientes á un catarro gastro-intestinal de forma colérica mas ó menos violento, con vómitos, con diarrea que podrá tener el aspecto riciforme, y repetirse con la intensidad acostumbrada, y ser acompañada de debilidad del pulso, calambres, enfriamiento, cianosis, anúria, y en fin, de todas las perturbaciones de que nos hemos ocupado en oportunidad.

¿Bastará este conjunto sintomático para diagnosticar el cólera, en ausencia del exámen de las cámaras?

Si, bastará en aquellos casos en que conjuntamente con este cuadro clínico, sepamos que el enfermo procede de un foco epidémico y cuando inmediatamente despues, otros individuos, sus asistentes tal vez, contraen tambien la enfermedad.

Pero como podemos ignorar la procedencia y aún conociéndola el enfermo puede *no estar infectado* (cólera nostras), y como por otro lado, tendríamos que esperar los efectos del contagio posible para decidirnos, resulta á todas luces, que el criterio médico tendria igualmente que postergarse por un tiempo indeterminado, que el gérmen mas de una vez ha de haber empleado para estender mas su esfera de accion, y hacer que el mal tardíamente reconocido, franqueara la oportunidad de ponerle un límite.

Es por este motivo, á falta de los medios necesarios de investigacion requeridos en la actualidad, que no debe

echarse en olvido el precepto formulado por el Dr. Koch, de considerar en estos casos el atacado como enfermo del cólera indiano; porque así no cometeríamos mas error que el resultante del exceso de prudencia que jamás es suficiente, cuando se emplea contra el posible desarrollo de esta enfermedad.

Por lo tanto, el diagnóstico directo del cólera asiático en sus primeros casos deducido de la observacion clínica, no es posible en la actualidad, con la fijeza y precision de otras enfermedades, teniendo aún que recurrir á la investigacion bacteriológica que ratifique ó rectifique el juicio médico. En ausencia de estos medios y en épocas y circunstancias determinadas, los enfermos deben ser considerados como afectados de dicha enfermedad.

El Dr. Liebermeister ha dicho: «El diagnóstico del cólera no presenta en general, en los casos bien caracterizados, ninguna dificultad. Un violento ataque de cólera nostras, asemeja, es verdad, á un ataque de cólera asiático. El diagnóstico en este caso, *se deducirá no de la sintomatología, sino mas bien de la marcha de la enfermedad y de su terminacion, generalmente favorable en el cólera nostras*; *y por encima de todo, por las circunstancias etiológicas. Por mas fulminante que sea un ataque, no podrá ser atribuido al cólera asiático, sino existe en cierto radio ningun foco de esta enfermedad*». (1)

Los que se han esforzado por establecer el diagnóstico diferencial del cólera nostras y asiático, no han sido muy felices, porque obligados en un caso dado á pronunciarse, se han equivocado mas de una vez, por la falta de elementos seguros de distincion.

Richard con otros muchos autores han pretendido en-

(1) C. Liebermeisteir—Obra citada—pág. 133.

contrar esta diferencia, en el modo de principio, en la falta de la reaccion y de la convalecencia que seria propia del cólera nostras, como si el cólera asiático no pudiera iniciarse de varias maneras, y presentar signos tan débiles de reparacion que son capaces de pasar casi desapercibidos; fuera de que los enfermos pueden igualmente morir antes de alcanzar dicho período, y entonces la duda se prolongaría hasta despues de la necrópsia.

Lo mismo diremos del carácter deducido del pronóstico, que seria menos favorable al cólera exótico.

Hambursín, que piensa que es imposible distinguir estas dos enfermedades, refiere que en la epidemia de 1866, tres personas de la misma familia que vivian en malas condiciones higiénicas, fueron atacadas por el cólera y curaron las tres. Tres años mas tarde, sin epidemia entonces, son nuevamente atacados por el cólera esporádico y una de ellas sucumbe.

Este hecho que está bien lejos de ser concreto, y que sacamos de la obra del Dr. Roux (F.), no prueba nada en lo que respecta al diagnóstico. Prueba solamente que ambos cóleras no se confieren inmunidad respectiva y que se puede morir de la forma comunmente considerada mas benigna; nada mas.

Para el Dr. Boëns el cólera nostras es al asiático, lo que es la fiebre tifóidea aislada, al tífus de los campos. De otra manera, agrega, no existe ninguna diferencia entre estas dos enfermedades.

M. Tholozan, de competencia reconocida en estas cuestiones, que las ha sostenido en la Academia de Medicina de París en 1885, piensa que la especificidad no cambia en las enfermedades, ya sea que se muestren por casos aislados ó numerosos; que la epidemia es causada por agentes desconocidos, donde el contagio ejerce simplemente

una influencia adventicia, debido á algo de nuevo que se ha añadido á la enfermedad. Y en resúmen, que no existe mas que un solo cólera bajo el punto de vista patológico. El cólera nostras relativamente á la epidemiología general no es mas que una variedad del cólera grave.

Para este autor que asimila ambas enfermedades, el diagnóstico como se comprende, debe dirigirse al proceso clínico como una entidad esclusiva y en este terreno, hemos visto que la solucion es bien fácil.

En fin, para Chauffard, estos dos estados mórbidos no son idénticos, presentan solo una gran similitud que es tan grande que no encuentra elemento clínico bastante para trazar la línea de demarcacion.

En vista de esto, nos quedamos con nuestra proposicion anterior en los casos bien frecuentes de duda y en que no nos es posible recurrir al único medio de control conocido.

El cólera indiano no puede ser confundido con una enteritis ó una gastro enteritis, porque los síntomas son bien diferentes. Estos procesos flegmásicos francos no tienen ni en su principio, ni en su marcha y terminacion, nada que los aproxime al cólera: las cámaras son fecaloideas, con su olor especial, y nunca presentan la frecuencia, la abundancia y el carácter riciforme; los vómitos cuando existen, se hallan en el mismo caso; aquí hay dolores al estómago ó al vientre que son mas constantes y se acompañan siempre de la elevacion térmica, que es estraña al cólera en tal período; por último, la cianosis, la anúria y demás fenómenos graves del cólera, son agenos á la enteritis y gastro enteritis simple.

Pero contrariamente, el cólera asiático puede ser confundido con la fiebre perniciosa de forma colérica de los

autores, y este diagnóstico que se habrá presentado mas de una vez á los médicos de Tucuman, Catamarca, Jujuy y muy particularmente de Salta, es bastante difícil en tiempos de epidemias de cólera, en los lugares de endemia del paludismo, como son, entre nosotros, las provincias indicadas, segun se deduce de un estudio especial que á este respecto nos ha ocupado en nuestras conferencias suplementarias al curso de quinto año de la Facultad de Ciencias Médicas.

El Dr. W. Rean, ha visto, segun Mac-Namara, en las islas Andaman, enfermos que se asemejaban mucho á los coléricos. Procedian de sitios donde reinaba el paludismo y habian estado ocupados en trabajos malsanos. En estas condiciones eran repentinamente atacados de diarrea y de vómitos, seguidos de gran postracion; las evacuaciones albinas asemejaban á la leche coagulada mezclada á un suero sanguinolento; las materias vomitadas eran acuosas y apenas coloreadas. La cara se presentaba contraida, la voz tomada y ronca, la lengua pálida, la respiracion fria, la estremidad de los dedos arrugada, el pulso imperceptible, la superficie del cuerpo, en fin, fria y viscosa. Además tenian sed, calambres, ansiedad y anúria. El único carácter distintivo para dicho autor era el aspecto y carácter de la diarrea. (1)

Jaccoud mismo (tomo III) insiste sobre la similitud que en un momento dado pueden presentar los accidentes palúdicos con los del cólera.

Los signos diagnósticos en estos casos deben deducirse del exámen del enfermo, de sus antecedentes respecto á los accesos anteriores, si los ha tenido, del estado del bazo, de la melanémia posible, etc.; pero como un enfermo

---

(1) Véase F. Roux—Obra citada, pág. 67.

espuesto á los efectos del paludismo ó en poseeion de sus accidentes mas simples, puede al mismo tiempo contraer el cólera, se deduce que cuando esta última enfermedad se desarrolla epidémicamente en un país sujeto á las fiebres intermitentes, la duda respecto á caracterizar aisladamente á ambos padecimientos, ha de presentarse con frecuencia sino se recurre al reactivo bacteriológico conocido. En su ausencia, nunca seria perjudicial añadir al tratamiento el uso del sulfato de quinina ó sea el clorhidrato, de preferencia en inyecciones hipodérmicas, dada la intolerancia gástrica.

Este estudio del diagnóstico aumenta de valor si se recuerda que ciertos venenos son susceptibles de producir un conjunto de síntomas análogos á los determinados por el cólera, y que por esto mismo, pueden originarse sérias confusiones, cuando como ha sucedido ya, estas sustancias tóxicas han sido preferidas por los criminales al principio de las epidemias coléricas, como ha pasado en la India, al decir del Dr. Morehead, y aun en Francia. (Laveran.)

Así los arsenicales, el ácido arsenioso en especial ingerido á dósis suficiente para determinar la intoxicacion de forma aguda, produce ciertos síntomas, como ser los vómitos que pueden ser acuosos y abundantes, las deyecciones que generalmente presentan el mismo carácter, la sed inestinguible, la debilidad del pulso, el enfriamiento de las estremidades y la cianosis, que en mas de un caso pueden ser tomados como dependientes de la enfermedad infecciosa que estudiamos.

Hablando á este propósito, dice un autor: « Parece que se tuviese delante de los ojos á un colérico; y en efecto, los vómitos y las cámaras continúan, y lo que viene á añadirse á la semejanza entre la intoxicacion arsenical y el cólera asiático, son los calambres dolorosos que los pa-

cientes esperimentan en las masas musculares de los miembros, la anúria, etc.» (1)

Esta apariencia sintomática con la cual la intoxicacion arsenical imita al proceso colérico, es susceptible de ser distinguida, como es un ejemplo entre nosotros, el caso de aquella familia de Calviño, de la que cinco de sus miembros envenenados al mismo tiempo por esta sustancia, (lo que habria quizás aumentado las causas de error, particularmente en ciertas épocas dado el número de casos), pudo sin embargo ser aislada perfectamente la intoxicacion por el Dr. D. Telémaco Susini, fundándose precisamente en la observacion clínica y en las lesiones anatómicas de los primeros cadáveres; y esto, mucho antes del exámen confiado al perito químico, D. Juan J. Kyle, que confirmó en todas sus partes el diagnóstico médico.

Hay casi siempre en los casos de intoxicacion algo que despierta la atencion del médico: las circunstancias en que el suceso se ha producido, los dolores en la faringe, á lo largo del exófago y en el estómago, los vómitos hemáticos mas frecuentes que en el cólera, las cámaras mismas que generalmente son sanguinolentas tambien, la alteracion prematura de los rasgos, la falta de relacion entre las pérdidas y los fenómenos generales tan graves, hacen nacer la desconfianza, induciendo al práctico mas bien en el sentido de un envenenamiento que en el de una enfermedad, en los tiempos normales. No obstante, pueden ser pasados por alto en determinadas ocasiones y ser imputados á una forma grave de la epidemia reinante. (2)

---

(1) A. *Rabuteau.—Eléments de Toxicologie et de Médecine Legal*, pág. 141.

(2) En los casos de intoxicacion por esta sustancia que me ha sido dado observar, he notado siempre la falta de relacion entre las espoliaciones y los fenómenos generales tan graves, comparativamente á lo que se vé en el cólera; despues los dolores y las hemorrágias, etc.

El envenenamiento por los antimoniales, por el tártaro emético particularmente, es capaz tambien de crear sérias dificultades al diagnóstico en tiempo de epidemia.

En este caso tenemos tambien los vómitos, la diarrea, la debilidad de la impulsion cardíaca, la cianosis, el enfriamiento *(algidez estibiada)*, la postracion, los calambres y la demacracion, que representan con mucha semejanza la imágen del cólera, como ha sido sancionada en la siguiente espresion: *cólera estibiado.*

Pero esta similitud que puede llegar casi á la igualdad principalmente en los niños, si todo el exámen se concretara al cuadro clínico, tiende, sin embargo, á desvanecerse si se esploran los fenómenos con método, si se investigan detenidamente las condiciones que precedieron al accidente, si se estudian, en fin, en detalle los diversos síntomas que como en el caso precedente, inclinan mas hácia un envenenamiento que á una enfermedad: los productos eliminados participan generalmente de los elementos que solo una destruccion de las mucosas pueden ofrecer tan al principio, la sangre, dependiente de esta destruccion, que es bien rara en los actos iniciales del proceso colérico; luego los dolores vivos y las facies deprimentes que los intoxicados presentan comunmente, etc.

Igual cosa sucede con el plomo en la intoxicacion aguda por los preparados de este metal, y en que se observan: vómitos, diarrea, (mas frecuentemente que la constipacion y en todo caso, la sigue despues), perturbaciones de la circulacion, enfriamiento, cianosis, anúria, coma, etc.

Sin embargo, aún aquí, es posible establecer la diferencia, si se investiga bien en el cuadro clínico y los hechos que le precedieron; los vómitos aquí, por ejemplo,

son blancos por la formacion del cloruro de plomo, fabricado en el estómago á espensas del ácido clorhídrico, y estos productos tan fáciles de identificar por un análisis bien simple, podrán orientar al médico sobre la naturaleza del mal, en el cual hallará muchos otros elementos que le permitirán un diagnóstico exacto.

La administracion de ciertos purgantes ó emeto-catárticos, podrán indudablemente tambien, en condiciones determinadas, hacer pensar en el cólera, pero la duda se desvanecerá pronto, porque dichos efectos terminarán y se aminorarán inmediatamente con una intervencion conveniente.

No obstante debo decir, que es comunmente de estos agentes que se han valido algunos soldados y marinos para simular esta enfermedad, que bien sabemos hoy, si se puede á ciencia cierta individualizarla y distinguirla en cualquier parte.

Esta simulacion que hemos visto en dos casos solamente en esta epidemia y que solo fué conocida por confesion de parte, tiene el grave inconveniente, como sabemos, de disponer á los individuos á la adquisicion real del mal que por este ó aquel motivo intentan imitar.

Finalmente, ciertas enfermedades como el estrangulamiento interno, las hernias estranguladas, el cólico hepático, han sido alguna vez tomados como casos de cólera.

Este error que solo ha de haber sido cometido en tiempos de epidemia, no puede hallar mas causa sino en ese complexo sintomático deprescible que sigue ordinariamente á los padecimientos graves que se localizan en abdómen, como la peritonitis, la perforacion intestinal, etc., que pueden tambien ser colocadas en la misma categoría.

En estos casos, es el enfriamiento, la pérdida del pulso, la cianosis, la postracion, el aniquilamiento, en una palabra, de las principales funciones, las que sumerjen al enfermo en un estado algo parecido al del período álgido del cólera; pero en todos estos casos, la esploracion prolija y detenida, el exámen de los diversos síntomas, permitirán siempre apartar del camino del verdadero cólera estas imágenes que bien incompleta é imperfectamente lo pueden representar.

El pronóstico del cólera no ha dejado todavia de ser bastante severo, en atencion á que la terminacion favorable se presenta ordinariamente en un grado intermediario con la terminacion fatal.

Por otra parte, dejando de lado los individuos y considerando esta enfermedad en sus caractéres epidémicos difusibles, el cólera es siempre un azote popular y una desgracia grande para el país que ataca.

Esta gravedad que es bien variable, reconoce muchímas causas, que ignorándolas realmente en su esencia, referimos sin embargo, unas veces al individuo mismo y otras á los medios que lo rodean. Y estas circunstancias que tal vez influyan para sostener y arraigar las epidemias en un lugar cualquiera, pueden de cierto modo, que en determinados casos son bastante evidentes, esplicar la mayor benignidad ó malignidad del mal y contribuir así á darnos cuenta de las oscilaciones de la mortalidad y del pronóstico.

En efecto, la gravedad del cólera varía con los países: es muy grave en la India, lo es menos en Europa, y en la América del Sud particularmente, lo es mas que en este último continente.

Así, segun un cuadro estadístico que puede verse en la

obra del doctor Roux (F.) pág. 71—Tom. 1; la mortalidad desde 1863 á 1871 habría sido en los diversos servicios que se enumeran. la siguiente:

	Mortalidad por 100			
	Medical College	*General Hospital*	*Native Hospital*	*Pauper Hospital*
1863.......	50.2	40.3	40.6	—
1864.......	50.4	50.0	60.0	—
1865.......	50.4	40.5	50.1	—
1866.......	41.0	50.9	50.5	—
1867.......	49.0	60.2	40.2	50.1
1868.......	40.1	50.4	50.1	50.3
1869.......	50.5	70.2	40.6	50.2
1870.......	44.0	40.8	40.2	50.2
1871.......	40.5	50.9	66.0	50.0

Observando bien este cuadro se vé que es el Hospital General el que relativamente á los demás ha dado mayores cifras de mortalidad, la cual oscila en todos al rededor de 50 °/₀.

Otra cuestion que para nosotros revela el efecto del aclimatamiento se nota en este otro estado que extraemos del mismo libro.

Hospital de Howrah

Años	*Europeos*	*Muertos*	*Mortalidad por 100*	*Indianos*	*Muertos*	*Mortalidad por 100*
1864.........	22	16	50	80	24	26
1865........	47	18	38	55	14	26
1866.........	68	32	40	67	22	32
1867.........	17	8	40	33	15	40
1868.........	32	15	40	43	13	30
1869.........	54	15	20	31	11	30
1870.........	21	7	33	18	5	30
1871.........	8	2	25	31	9	20
1872.........	13	4	30	45	15	30
1873.........	9	6	66	46	28	60

Aunque bien incompleto este cuadro nos demuestra la mortalidad relativamente exajerada de los estranjeros, la cual si en realidad no puede ser separada del elemento dependiente de la aclimatacion, que es un factor activo en estas cuestiones, ha de estar además influenciada por las condiciones individuales de estas personas, y sobre las cuales hemos insistido en el capítulo sobre la etiología.

El pronóstico varía con las epidemias; así en la ciudad de Berlin la epidemia de 1848 dió una mortalidad de 66 °/₀; en la de 1850, 60 °/₀; en la de 1853, 64 °/₀; en Inglaterra desde 1831, 1848, 1854, 1865, la mortalidad siempre fué diferente, pero oscilando al rededor de 50 °/₀; en Francia, Italia, etc., ha sucedido lo mismo.

Era natural que nosotros no hiciésemos excepcion, y refiriéndome únicamente á la mortalidad en los hospitales, que es la única que pueda servirnos, porque la habida en las ciudades y pueblos que devastó, principalmente desde 1867 á 1869, apenas si es conocida en sus núme-

ros absolutos, no podria tampoco de ninguna manera tener aplicacion aquí. No obstante, diremos que dicha mortalidad llegó en ciertas épocas á cifras desconocidas en los anales de estas epidemias.

Y aún cuando ellas, no puedan en manera alguna, ser la espresion media, ni siquiera la aproximacion de la mortalidad relativa general de estas epidemias, indicarán cuando menos la gravedad profunda que el cólera ha presentado en nuestro país en sus primeras manifestaciones.

Extrayendo de nuestros apuntes los datos publicados sobre el movimiento de coléricos en algunos hospitales, hallamos la relacion siguiente que espresa la mortalidad relativa allí obtenida: (1)

Epidemia de 1867.	Hospital Italiano.........	64.77 °/₀
	Hospital General de Hombres (sala especial)....	67.05 »
	Hospital Argentino del 1^er^ Cuerpo (Paraguay).	77.02 »
	Hospital Argentino del 2° Cuerpo (Paraguay).	81.25 »
	Lazareto del Rosario....	57.55 »
Epidemia de 1868.	Hospital Italiano........	48.15 °/₀
	Hospitales del ejército del 1^er^ y 2° Cuerpo........	50.00 »

Como se vé, la mortalidad ha sido por demás crecida en la primera epidemia generalizada que nuestro país sufrió, particularmente, en el ejército acampado en *Tuyuty* y *Tuyú-cué* (Paraguay).

En la pequeña epidemia de 1873-1874, la mortalidad se sostuvo por encima de 50 °/₀, y en la última de 1886-1887, puede decirse que esta proporcion no ha sido modificada.

---

(1) Para mas detalles, consúltese nuestra obra actualmente en prensa, «Historia y Estadística del cólera en la Argentina.»

Estudiando, en efecto, dicha mortalidad, segun los pocos documentos oficiales publicados al respecto, se advierte, que la cifra comprendida entre 45 y 50 °/₀, marca su término medio mas aproximado. Sin embargo, los Lazaretos del Rosario de Santa Fé, habrian pasado en mucho esta cifra, obteniéndose 95.53 °/₀ (?) en el Lazareto Municipal y 56.18 °/₀ en el sostenido por una comision popular.

Respecto á la producida en el Hospital confiado á nuestra direccion, he aquí como nos espresábamos en la memoria oficial elevada á la Intendencia Municipal y que ha sido publicada aquí y en Montevideo, en un informe elevado á ese Gobierno por el comisionado doctor Herrero y Salas. (1)

«Estudiando los casos asistidos en la Casa de Aislamiento, sin contar por ahora con la gran cifra de moribundos, que, como se verá, hacen aumentar en algo la mortalidad, ésta no ha sido excesiva.

Debe tenerse presente, para los fines científicos que puedan resultar del tratamiento empleado, que si los establecimientos públicos cargan con una mortalidad indebida, cruelmente aumentada en épocas anormales como la que hemos pasado, no es menos cierto que tienen que deducirse de la estadística médica, todos aquellos casos que no han alcanzado los beneficios del tratamiento.

Tomando así en globo el movimiento de entradas, altas y defunciones durante los cuatro meses, tenemos en este estado:

---

(1) Véase la Memoria de la Intendencia, año 1886, Buenos Aires—pág. 550; y la Memoria presentada á la Junta de Sanidad de Montevideo, 1887.

MESES	*Entradas*			*Altas*			*Defunciones*			*Quedan en asistencia*		
	V	M	Total	V	M	Total	V	M	Total	V	M	Total
Noviembre..........	151	60	211	36	12	48	83	22	105	32	26	58
Diciembre..........	222	98	320	70	55	125	110	53	163	74	16	90
Enero..............	227	77	304	138	31	169	126	55	181	37	7	44
Febrero............	43	15	58	57	14	71	21	8	24	2		2
	643	250	893	301	112	413	340	138	478	145	49	194

que es bien esplicativo. Segun él la mortalidad ha sido de 53.52 °/₀, pero apresurémonos á repetirlo, este cálculo comprende nada menos que 77 moribundos, coléricos todos.

....

....

«Si ahora deducimos esta cifra del total que nos suministra el cuadro, entonces llegamos á esta otra conclusion: para 413 altas han habido 401 defunciones, ó lo que es lo mismo, á la proporcion de 49.26 °/₀, que es la que representa con exactitud, la mortalidad producida por el cólera en la Casa de Aislamiento.»

Pero como despues de esta fecha (Febrero), aún hubieron entradas á dicho establecimiento, se comprende que estas cifras han debido modificarse, como era de suponer.

En efecto, segun el cuadro mas completo que hoy podemos presentar, resulta que sobre un total de 918 enfermos contando los *77 moribundos*, la mortalidad fué de 53.48 °/₀; y descontando dicha cifra por no pertenecer á casos atendidos en el establecimiento, esta se reduce á algo menos de 45.09 °/₀, que no es como se vé de las mas crecidas que esta enfermedad suele presentar en los hospitales.

Cuadro Nº IV

Movimiento de coléricos en la Casa de Aislamiento, segun meses, nacionalidad, sexo, altas y defunciones

NACIONALIDAD	Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril y Mayo		Total de altas	Total de defunciones	Total general
	Varones		Mujeres		Varones		Mujeres		Varones		Mujeres		Varones		Mujeres		Varones		Mujeres		Varones				
	Altas	*Defunciones*	*Altas*	*Defunciones*	*Altas*	*Defunciones*	*Altas*	*Defunciones*	*Altas*	*Defunciones*	*Altas*	*Defunciones*	*Altas*	*Defunciones*	*Altas*	*Defunciones*	*Altas*	*Defunciones*	*Altas*	*Defunciones*	*Altas*	*Defunciones*			
Argentinos	12	28	6	16	31	38	31	18	68	40	19	28	16	7	8	4	1	2	2	—	—	—	194	181	375
Bolivianos	—	1	—	i	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3	5
Brasileros	—	1	—	—	1	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	5
Paraguayos	1	—	—	—	—	2	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	2	6
Chilenos	—	—	—	—	1	—	—	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	4
Orientales	—	—	—	—	1	—	—	1	2	2	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	4	4	8
Otros americanos	—	1	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	3
Italianos	10	28	4	3	20	51	9	22	43	57	10	18	21	6	1	2	4	3	—	1	1	1	123	192	315
Españoles	7	7	—	—	9	5	3	4	8	10	—	4	8	4	2	—	2	2	—	—	—	—	39	36	75
Franceses	2	9	—	1	3	4	4	3	9	5	1	—	4	3	2	1	1	—	—	—	—	—	26	26	52
Ingleses	2	5	1	—	1	3	2	—	—	5	—	—	4	1	1	—	—	1	—	—	—	—	11	15	26
Alemanes	1	1	1	1	1	—	—	—	2	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	5	6	11
Suizos	—	2	—	—	—	2	—	—	1	2	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	3	6	9
Rusos	—	—	—	—	2	3	3	4	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	9	15
Otros europeos	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	4
Sin especificar	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2	—	—	—	—	—	—	—	2	3	5
Total	36	83	12	22	70	110	55	53	138	126	31	55	56	24	17	7	9	8	2	1	1	2	427	491	918

La gravedad del cólera cambia tambien con las condiciones del lugar en que se desarrolla, con las condiciones de sus habitantes, y con las circunstancias especiales en que los hombres pueden hallarse al contraer la enfermedad.

Se ha visto á este propósito, su funesta influencia en nuestros soldados atrincherados en los campos del Paraguay.

El pronóstico se modifica segun las edades. (El doctor Bergeron en el Hospital de Santa Eugenia, ha visto que los niños hasta 2 años, mueren en la proporcion de 77 %, los comprendidos entre 2 y 10 años en la de 40 %, y las edades superiores á esta en la de 26 %). En la vejez la gravedad crece tambien, y la edad mas favorable para este autor seria la comprendida entre 7 y 15 años.

Nuestros cuadros insertos en las páginas 28 y 30, confirman hasta cierto punto este resultado general.

Con el sexo sucede un fenómeno curioso que lo hemos hecho vislumbrar al ocuparnos de la etiología, y es que la mortalidad es un poco mayor en las mujeres que en los hombres. Así, nuestro cuadro nos demuestra que la mortalidad por el cólera en la mujer fué de 54 % al paso que fué de 53 % en los hombres; y sin embargo, los casos del sexo femenino alcanzaron como puede comprobarse, á menos de la mitad de los del sexo opuesto. El Dr. Blondel tambien ha obtenido una relacion algo aproximada; pues segun él la mortalidad en los hombres es de 21.61 por 1000 y en las mujeres de 22.02 por la misma cantidad.

Las condiciones individuales dependientes de la debilidad constitucional, la miseria, las que resultan de determinadas enfermedades crónicas como el cáncer, la disenteria, la alienacion mental, son causas que deben hacer

aumentar la severidad del pronóstico en un caso dado; por el contrario, los padecimientos agudos que no se localizan en el aparato digestivo, obran en un sentido comunmente favorable.

El pronóstico varía notablemente segun el período que la enfermedad recorra ó en el cual se detenga, y aún durante la reaccion, dicho juicio nunca debe ser uniforme, porque se tienen que deducir las probabilidades, de la forma clínica y de las complicaciones mas ó menos sérias, que durante esta faz pueden aún mostrarse, y que hacen cambiar totalmente á veces las esperanzas mas legítimas.

En fin, el pronóstico varía y mucho, segun el tratamiento empleado y el momento en que éste pueda iniciarse. Nuestras consideraciones á este respecto en el curso de este libro, creemos que son suficientes para dar perfecta cuenta de las oscilaciones que el pronóstico pueda presentar.

Insistir aún seria por demás ridículo.

———

CAPÍTULO XV

Anatomía patológica

El estudio de las lesiones anatómicas dejadas por el cólera en los cadáveres, varían mucho, segun el período en que la muerte se ha producido.

Pero como por regla general ésta se presenta en el tercer período ó durante la reaccion, estudiaremos dichas lesiones en ambas circunstancias, indicando las particularidades que nosotros hayamos observado.

Cuando la muerte sobreviene en el período álgido, el aspecto esterior de los cadáveres, no difiere mucho del que presentaban los enfermos. Y es para caracterizar este hecho que algunos autores han dicho «que el nombre de la enfermedad estaba escrito en los cadáveres de los coléricos.»

En los centenares de muertos que sucesivamente fueron pasando por nuestra mesa del depósito especial, hemos podido comprobar la verdad de esta sentencia, que sin embargo, como toda regla, ofrece sus escepciones.

Así, es lo comun que los cuerpos se presenten con una coloracion oscura, algo plomiza y uniforme, pero mas sombreada en los párpados, alrededor de las órbitas,

labios, y en los estremos. Esta coloracion que es siempre mas pronunciada en las partes declives, alterna con placas equimóticas mas ó menos estensas y sombrías que de ordinario. La piel así modificada está tirante y aparentemente tensa en el rostro y tronco, dibujando en el primero las eminencias óseas y las masas musculares rígidas, lo mismo que sus escavaciones, que se exajeran particularmente en las órbitas; al contrario, en los dedos y manos, presenta pliegues análogos á los determinados por la inmersion prolongada en el agua.

Las mucosas toman un tinte violáceo algo pálido en los labios; están secas y esta desecacion se vuelve mucho mas manifiesta en las conjuntivas y en las córneas, siempre incompletamente cubiertas por los párpados entreabiertos.

La piel aún en los casos de muerte reciente, está por lo general fria, al paso que la temperatura central, se conserva por un tiempo relativamente mas largo que en los otros cadáveres, y en algunos, puede elevarse á los grados mas altos que nos suelen presentar las piréxias: 40°, 41°, 41°5, son las cifras que hemos obtenido en muchos casos, inmediatamente despues de producida la muerte; pues los cadáveres de las Salas de la Casa de Aislamiento, eran mantenidos en sus camas unas cuantas horas antes de ser conducidos al depósito, y en dicho tiempo se les aplicaba el termómetro para apreciar este dato, sobre el cual han insistido particularmente ciertos autores, sin dar nunca una esplicacion satisfactoria.

Este fenómeno que presentan los cadáveres de los coléricos, debe estar ligado indudablemente á la rigidez, que como se sabe, es tan rápida.

Durante esta rigidez que suele alternar con contracciones momentáneas visibles, la reaccion alcalina ó neutra

de los músculos, se torna ácida (Du Bois Raymond), lo que proviene probablemente de la transformacion de la inosita y glicogeno que son neutros, en ácido lactico. Y estas combinaciones que tienen cierta analogía bajo el punto de vista químico, con las transformaciones que se pasan en el músculo vivo y activo, que desarrolla tambien un ácido, se diferencian porque en este último caso, dicha acidez es neutralizada por la alcalinidad de la sangre, fenómeno que no puede verificarse en la rigidez, porque la circulacion no existe. (Rosenthal, *Les Nerfs et les Muscles*).

Ahora, sea que la rigidez cadavérica se considere como el resultado de una contraccion ó como un fenómeno dependiente de la coagulacion de sus principios líquidos comparable á la coagulacion de la sangre (C. Brücke, Kühne, Rosenthal), si las reacciones químicas de que hablábamos son ciertas y mas acentuadas en estos cuerpos inertes, por la facilidad acumulativa que presentan, es evidente que el calor resultante de tales fenómenos, ha de ser tanto mayor cuanto mas crecida sea la suma de los focos que lo elaboran; y como en los coléricos, la rigidez, lejos de seguir esa marcha lenta, de los músculos de la cara á la nuca, luego á los miembros, etc., es mas rápida y casi simultánea, se concibe cómo es que puede comprenderse la elevacion térmica, que por otra parte, se puede observar tambien en el tétano.

Se han hecho al rededor de cincuenta autópsias en la Casa de Aislamiento, fuera de los cadáveres abiertos para estudios de otro género, y las alteraciones encontradas en ellos, han sido constantes unas y otras variables y poco fijas.

Estas necrópsias practicadas muchas de ellas por el Director del Laboratorio de Bacteriología y Profesor de Anatomía Patológica, han sido en parte publicadas (véase la Revista Médico Quirúrgica del mes de Noviembre de

1886— Año 23, Nº XVI) y las demás en union de los estudios microscópicos y bacteriológicos, que forman un escelente material, adornarian estas páginas, si el viaje precipitado á Europa del Dr. Susini, y la urgencia de publicar esta obra, nos hubieran dado el tiempo necesario para ordenarlo convenientemente.

Es por esta razon que nos vemos en el caso de resumir sintéticamente las principales alteraciones encontradas, dejando para otra oportunidad, volver sobre este punto tan interesante.

La apertura del vientre nos mostró, además de las modificaciones del tejido celular sub-cutáneo, reducido y de los músculos desecados y oscuros, que su aspecto era sensiblemente idéntico en la mayoría de los casos: el peritoneo estaba generalmente tapizado de un barniz viscoso que se estendia á la totalidad de la hoja visceral, aglutinando las ansas intestinales unas con otras, las cuales se adherian á las manos como si una sustancia gomosa las hubiera lubrificado. En muy pocos casos se confirmó la existencia de verdaderas peritonitis, y cuando ésta lesion se vió, se caracterizaba por neo-membranas fáciles de desprender; pues las adherencias entre la hoja parietal y visceral de reciente formacion, permitian separar sin desgarrarse las ansas intestinales adosadas. Por escepcion se han hallado exudaciones líquidas en forma de derrame.

La coloracion de los intestinos delgados, de un rojo intenso ó rosados, contrastaba con el aspecto sensiblemente normal del estómago é intestinos gruesos. Dichas cavidades contenian casi siempre líquidos y gases. Estos líquidos presentaban en la mayoría de los casos un aspecto idéntico á los últimamente eliminados durante la vida, es decir, con grumos ó copos blancos en el intestino

delgado y grueso, el cual se volvia mas claro y transparente en el estómago.

Por escepcion estos productos de trasudacion aparecian teñidos de rojo por la sangre, lo que se ha considerado como dependiente de un fenómeno *post mortem*, tanto mas fácil de admitir en aquellos casos en que se han observado las últimas deposiciones, que casi siempre están en contradiccion con estas conclusiones que las autópsias á primera vista podrian autorizar.

La abundancia de estos líquidos era variable de un cadáver á otro, pero su presencia era constante en los casos de muerte en el período que estudiamos.

Al abrir el intestino y dejar correr estas materias, la mucosa no siempre quedaba al descubierto, pues, ésta se presentaba por regla general tapizada por una sustancia glutinosa, de la consistencia de la crema y de un color blanco amarillo algo agrisado, que adheria á la superficie libre, sin poder ser desprendida en todas partes con la misma facilidad, bajo la influencia de un chorro de agua.

En algunos sitios, particularmente en el ileon, ofrecia en limitados puntos un aspecto diftérico marcado, siendo aquí mas espesa y adherente.

Una vez descubierta, la membrana mucosa se presentaba con un color agrisado y otras de un rojo pálido especial, cuyo aspecto así como todos los demás caracteres iban disminuyendo á medida que se ascendía en el intestino; pero fueran cualesquiera las modificaciones de coloracion, el hecho real notable era el reblandecimiento, la infiltracion edematosa de la membrana mucosa, que podria ser concretada en esta frase: la mucosa del intestino ileon de los coléricos parecia como lavada y macerada.

Las lesiones principales ocupaban esta mucosa, las glándulas solitarias y las placas de Peyer.

La vascularizacion estaba generalmente bien dibujada y en otros, que son los menos, disminuida, pero en ambas circunstancias, ha sido bastante frecuente el hallar pequeños focos hemorrágicos y exulceraciones que iban mas allá de la capa epitelial, que como es de regla siempre se vé atacada. El epitelio, en efecto, estaba desprendido, unas veces por zonas anchas y aisladas, y otras de una manera uniforme, siendo constante dicha alteracion en aquella porcion que tapiza las vellosidades, que en algunos casos se ofrecia como levantado por una infiltracion serosa, con colgajos desprendidos, etc.

Además, hemos hallado la psorentéria, que consiste, como se sabe, en la tumefaccion ó dilatacion de los folículos cerrados del intestino, que á modo de una erupcion de pequeñas ampollitas se muestran sobresaliendo por encima de la superficie libre del intestino, en cantidad creciente del duodeno al ileon, donde pululan en mayor abundancia, y que se hacen notables al tacto y á la vista, principalmente si se las mira de perfil ú oblícuamente en razon de su transparencia que podria hacerlas pasar desapercibidas.

Esta erupcion que fué observada desde las primeras autópsias practicadas en estos cadáveres, y que ha sido comprobada despues, preocupó por mucho tiempo la atencion de los médicos, discutiéndose bastante sobre su verdadero sitio anatómico, sobre su naturaleza é importancia hasta llegar al punto, como Serres y Nonat, que la consideraban como las lesiones específicas del cólera, de proponer el cambio de nombre de esta enfermedad, por el de *psorentéria-colérica*.

No obstante estas opiniones algo absolutas, el juicio

definitivo sobre esta cuestion está ya hecho; la erupcion indicada está considerada por todos los anatomistas como una alteracion de los folículos cerrados aislados, que ora depende del acúmulo de serosidad en su interior, que corre hácia afuera cuando se las incinde ó cuando por sí mismas estallan por el aumento de la presion que sufren sus paredes, y otras, de una infiltracion celular sin exudado libre. (Rudnew).

Esta infiltracion hiperplásica invade tambien los folículos de las placas de Peyer, el tejido adenoideo de la mucosa, es decir, los orígenes del sistema linfático, estendiéndose finalmente á los ganglios mesentéricos.

La infiltracion de las glándulas de Peyer, rara vez es uniforme, razon por la cual sus placas que se destacan mas ó menos pálidas pero elevadas sobre la superficie rojo-gris de la mucosa, mas arborizada y por zonas que forman como sus rebordes rojizos en estos sitios (lesion característica del cólera segun Koch), no presentan una superficie lisa, sino mas bien desigual; y como algunos de sus elementos pueden como los folículos aislados, romperse, resulta un aspecto crivado y desigual comparable al mismo estado que estas placas presentan comunmente en la fiebre tifóidea (placas reticuladas).

Todas estas lesiones cuyo grado puede variar en límites estensos, así como su disposicion que puede hacerles afectar la forma de un proceso contínuo y uniforme, y otras discreto, en virtud del aislamiento de sus alteraciones,—sometidas á un análisis mas prolijo, á imitacion de aquel que llevó al Dr. Koch al descubrimiento del bacilo *vírgula*, y que han sido repetidos por el doctor Susini, practicando cortes diversos en los numerosos preparados que tantos cadáveres le permitieron hacer, nos hicieron reconocer la verdad de esta invasion parasitária, que no se detiene solo en la su-

perficie y en el seno de los líquidos en ellos contenidos, sino tambien su penetracion al interior de los folículos cerrados, entre la membrana propia y el epitelio ordinariamente levantado, y otras, mas profundamente en el espesor de esta membrana.

En lo que toca al intestino grueso, debemos decir, que lo hemos encontrado casi siempre alterado y que estas lesiones eran del mismo órden que las señaladas para el intestino delgado, pero en menor grado é intensidad. La mucosa se ofrecia arborizada, roja y tumefacta, principalmente en las inmediaciones del ciego en que eran mas marcadas y donde no era estraño hallarla infiltrada, tomentosa y cubierta por la misma exudacion cremosa de que antes nos hemos ocupado. El epitelio aparecia tambien desprendido por partes y los folículos aislados participaban comunmente de la tumefaccion: habia tambien psorentéria, y en una palabra, el intestino grueso representaba en pequeño lo que el ileon nos habia traducido en grande, y como en éste, dichas perturbaciones testurales, disminuian á medida que nos alejábamos del ciego.

En casos muy escepcionales, hemos visto, como lo ha señalado Griesinger, á las alteraciones propias de esta enfermedad detenerse exactamente al nivel de la válvula de Bahuino, sin franquear dicho puente; entonces la única modificacion de la mucosa del intestino grueso consistia generalmente en una hiperemia.

Es el caso aquí de decir, que si es comun que las alteraciones determinadas por el cólera sean superficiales, ocurren á veces otras, en que las lesiones testurales de las paredes del intestino son mas profundas, al punto de hacer posible la perforacion en determinados sitios, particularmente si los enfermos son sometidos al tratamiento de las

injecciones rectales (enteroclísis), que cuando se emplean sin medida, pueden precipitar la produccion de estos accidentes como nos sucedió en dos casos.

En efecto, la exulceracion de la mucosa puede profundizarse, convertirse en una úlcera cuyo fondo puede alcanzar la túnica musculosa, como lo hemos visto alguna vez.

Entre los casos de lesiones intestinales profundas, citaremos uno perteneciente á un colérico muerto en el período de reaccion y tratado por la enteroclísis.

Juan Bernasconi, falleció á la 1 p. m. del 25 de Enero; autópsia á las 6 p. m. . . . . . Se descubre el ciego con trabajo porque estaba adherido á algunas ansas intestinales. A su alrededor hay seudo membranas, y un líquido purulento sale de los espacios libres.

La última porcion del ileon en una estension de cinco centímetros estaba sumamente adherida por exudados plásticos á la pared del intestino grueso, por encima de la válvula, y al hacer una débil traccion para poder comprimirlo (pues se intentaba injectar agua en el intestino grueso) se produjo una perforacion, á unos dos centímetros por arriba de la válvula, y la mucosa á este nivel presentaba numerosas ulceraciones profundas.

Levantando el ciego por su apéndice vermicular, se notó que la fajita de fibras longitudinales lateral izquierda, estaba desgarrada en una estension de 4 centímetros. Recorriendo luego el colon ascendente, se observó hácia su parte media, una desgarradura en la faja anterior igual á la referida antes. En el colon transverso habian lesiones análogas, llamando particularmente la atencion una de ellas en que la separacion de los estremos desgarrados pasaba de 8 y 9 centímetros, sin poder percibir en este espacio, los restos de las fibras destruidas. El colon des-

cendente participaba de estas lesiones. El exámen de la mucosa revelaba una gran hiperemia, faltando totalmente dicha membrana en varios sitios; sus folículos aislados estaban muy desarrollados y tumefactos. En las partes correspondientes á las desgarraduras, principalmente en la porcion media del colon trasverso, habia una estensa ulceracion cubierta de exudaciones plásticas. En el ciego esta mucosa estaba esfoliada en gran parte, muy congestionada, y en ciertos lugares con grandes ulceraciones. Finalmente, los lábios de la válvula se presentaban con un espesor cinco ó seis veces mayor que el normal, por una infiltracion edematosa considerable; sin embargo, la insuflacion, permitió la distencion del ciego sin franquearla, lo que tambien sucedió con las inyecciones de agua.

Volvamos á nuestra esposicion.

El estómago que para muchos observadores no ofreceria alteracion alguna, lo hemos hallado por el contrario, siempre comprometido, comprobando con esto las aseveraciones de Rudnew, quien aparte de insistir sobre su constancia, las sintetiza en una inflamacion catarral y parenquimatosa. Uno solo de nuestros cadáveres no ha dejado de presentar modificaciones patológicas de la mucosa gástrica traduciéndose por la hiperemia, las equímosis puntiformes raras ó numerosas, por el reblandecimiento de la mucosa, la tumefaccion, con exulceraciones á veces, etc.

Los ganglios linfáticos del mesentério, han estado generalmente tumefactos é infiltrados.

El vaso, se ha presentado por regla general mas pequeño que al estado normal, de un color rojo mas ó menos oscuro, con su cápsula opaca y en dos casos, con vestigios de capsulitis. La hipertrófia ó el aumento de volúmen de este órgano, la hemos hallado solo en dos cadáveres.

El hígado no nos ha ofrecido modificaciones dignas de mencion; de tamaño normal, con su coloracion uniforme ó alternando con placas mas claras, se presentaba á veces hiperemiado pero mas comunmente, como desecado, á juzgar por su corte pálido y exangüe.

La vesícula biliar, contenia en la mayoría de los casos gran cantidad de una bilis espesa, á pesar de lo cual se la hacia pasar con facilidad por el conducto colédoco siempre franco.

Pero si estos órganos no parecian denotar grandes sufrimientos, no sucedia lo mismo con el aparato urinário en el cual hemos hallado, por el contrario, lesiones notables, aunque no siempre similares. Los riñones estaban generalmente disminuidos en su volúmen y otras veces lijeramente aumentados de tamaño; su cápsula se desprendia con facilidad, debajo de la cual se dibujaba claramente la hiperemia de sus vasos superficiales, llegando á veces á la ruptura y á la hemorrágia. Al corte daban abundante sangre tanto en la zona cortical como medular, que aparecia de un color rojo mas ó menos intenso. Las pirámides ofrecian una coloracion mas oscura, pronunciada sobre todo hácia los vértices y en la vecindad de los cálices, donde ordinariamente la congestion llegaba á la hemorrágia; estos focos hemorrágicos aunque limitados, no han sido raros. Comprimiendo las pirámides hácia su vértice, se veía frecuentemente surgir un líquido cremoso amarillento y análogo al pus, el cual en determinados casos se obtenia tambien al nivel de los cortes. Un líquido del mismo aspecto y consistencia lubrificada ó se coleccionaba en las pelvis, que despues de lavadas dejaban ver la congestion y tumefaccion de su superficie interna.

Además de estas alteraciones que corresponden á un cierto grado de nefritis, hemos hallado otras lesiones mas

significativas, como los abcesos francamente coleccionados en diversas partes de este órgano, las obstrucciones de sus tubos por los materiales semi-solidificados de la orina, la presencia de gérmenes (bacterios) diversos, cilindros hialinos, células epiteliales en vias de degeneracion grasosa, etc., que en un simple preparado microscópico dejaba ver con facilidad.

En fin, los uréteres, la vejiga (constantemente sin orina) y la uretra, ofrecian su membrana mucosa algo congestionada y cubierta de un barniz muco purulento. La misma lesion presentaban los órganos sexuales internos de la mujer.

En el tórax, el pericardio se mostraba casi siempre con su color y aspecto normal: su cavidad ordinariamente seca ó con muy poco líquido, pero tapizada lo mismo que la serosa peritoneal, de una capa espesa y untuosa, debajo de la cual solian encontrarse trasudaciones sanguíneas puntiformes, que tambien existian en su hoja visceral, particularmente en la cara posterior del corazon, cerca y como costeando las venas dilatadas.

El tamaño de este último órgano no ofrecia nada de especial y lo único que llamaba la atencion á la simple vista, era la desproporcion que se notaba en ambos lados: el izquierdo, pequeño, reducido y espeso, resultante del estado de sístole; el derecho grande, blando y dilatado, estaba en diastole. El ventrículo izquierdo se mostraba vacío; el derecho repleto de sangre negra y espesa con coágulos que generalmente se prolongaban hácia la aurícula y arteria pulmonar. El tejido muscular en sí mismo parecia mas blando y pálido que al estado normal, habiendo perdido mucho de su consistencia.

El endocardio, liso é infiltrado en el corazon derecho, no presentó en nuestros casos mas que algunos puntos equimóticos circunscriptos, particularmente en el tabique.

Las arterias estaban relativamente vacías y como retraidas, por el contrario, el sistema venoso dilatado y lleno de sangre espesa.

Las pleuras participaban comunmente de la presencia de la exudacion viscosa y adherente de que nos hemos ocupado, y tanto en la hoja parietal como en la hoja visceral, se notaban pequeños puntos equimóticos aislados. Los pulmones tenian un color rosado pálido en los bordes y caras anteriores, el cual se hacia mas oscuro hácia las bases y cara posterior; enfisema bastante constante en los sitios de eleccion, hecho estudiado ya por Magendi desde 1832 y que tiene su razon de ser en los enfermos de esta especie.

Poca sangre al corte; no así hácia las partes posteriores y declives casi siempre con hipostásia y con focos hemorrágicos algunas veces. En muy pocas ocasiones hemos visto la hepatizacion franca.

La laringe, tráquea y bronquios, con una coloracion mas subida de su mucosa á medida que se descendia hácia los pulmones, donde se encontraba con frecuencia un líquido espeso y aereado, tal vez dependiente de la modalidad de la muerte.

Los centros nerviosos participaban de las perturbaciones generales que el proceso colérico determina en los órganos internos: los senos estaban repletos de sangre negra y espesa, la dura madre roja azulada y aumentada de espesor; al separarla, el cerebro se presentaba sumamente congestionado y el lavado dejaba ver las sufuciones sanguíneas y serosas, principalmente en las mallas de la pia madre, notable de preferencia en las partes laterales y declives. La aracnoides barnizada por la materia viscosa y pegajosa.

El tejido propio del cerebro, tanto en su porcion blanca

como gris, estaba visiblemente congestionado, y la sangre salia en abundancia de sus cortes; aparte de esto el tejido parecia mas consistente y presentaba los signos del edema, mas notable en la proximidad de la aracnoides, que se ha mostrado con bastante constancia en los casos de este género, hecho que nos llamó muchísimo la atencion, en virtud de las condiciones poco favorables que los coléricos ofrecen para determinar procesos de este órden. Sin embargo, como las modificaciones mecánicas de la circulacion necesarias para producir dicho fenómeno, pueden depender de acciones limitadas á un territorio orgánico cualquiera, se pueden concebir tales alteraciones, aun en casos de mayor condensacion del líquido sanguíneo, que la que en estos enfermos es la regla.

Los senos raquídeos, hiperemiados y con sangre abundante; la médula, el bulbo, etc. con lesiones similares á las referidas ya en este sistema. En casos raros, hemos observado placas lechosas en las meninges, etc. El líquido raquídeo, se presentaba conservado, sin poder decir si estaba reducido. En fin, los ventrículos laterales contenian poco líquido unas veces y otras estaban secos.

En los casos de muerte en el período de reaccion el resultado de la necrópsia ya no es el mismo, y las lesiones anatómicas varían segun la forma que ésta ha presentado y las circunstancias inmediatas de la muerte.

Es por esto que los cadáveres difieren completamente del de los coléricos: la rigidez no es tan inmediata, tan enérgica y rápida, la calorificacion no aumenta, la cianosis no existe, y salvo la demacracion propia de la enfermedad y las manchas equimóticas localizadas siempre en los puntos declives, los cadáveres producidos en este grado de la evolucion del cólera, se aproximan por su

hábito esterior á los ocasionados por cualquiera enfermedad febril grave.

La desecacion de los músculos, su coloracion oscura, el aspecto de sequedad y el barniz aglutinante que lubrificaba las serosas, etc., ha desaparecido, y en último resultado, el observador no asiste mas que á un cierto órden de lesiones que no tienen nada de específico, y que hasta cierto punto pueden conceptuarse como indiferentes.

Del lado del torax si se encuentran alteraciones, ellas dependen, en ausencia de complicacion, de la faz final que ha atravesado el enfermo; el enfisema ha desaparecido, y la modificacion mas comun es la congestion y el edema. El corazon y el sistema vascular, tampoco tienen lesiones de importancia; y en todo caso, jamás son constantes.

Donde hallamos los fenómenos mas dignos de consideracion es en los intestinos, el riñon y el cerebro.

En efecto, los intestinos no presentan carácter ninguno especial relativo á su aspecto, ni á su contenido; es en la mucosa donde se hallan, y consisten en modificaciones mas ó menos avanzadas del proceso primero: el epitelio está reparado en casi toda su estension y algo pigmentado, las glándulas solitarias pueden aun estar entumecidas, pero generalmente, ha disminuido su volúmen y se aplanan; las glándulas de Peyer, se hallan en el mismo caso. Ahora, como la infiltracion hiperplásica puede evolucionar de un modo diferente, resulta, que si en vez de terminarse por reabsorcion de los productos formados y en vías de regresion, se termina por eliminacion al esterior, lo cual no puede efectuarse sin efraccion del tejido propio de la glándula, entonces la consecuencia inmediata es la ulceracion, que puede invadir á muchos elementos á la vez. Este proceso comparable á una flegmá-

sia diftérica, se vé comunmente en los cadáveres de este período. Pero al lado de lesiones en comienzo, ó progresando, hay otras en reparacion que modifican naturalmente el aspecto de los intestinos, y son comunes con aquellas mas raras, pero que se suelen tambien encontrar en estos casos.

Tanto aquí como en el intestino delgado, los efectos de la infeccion colérica no se limitan siempre á trastornos superficiales y poco estensos; hay casos, y no son estraños en los cadáveres producidos en este período, en que la destruccion del tejido y la eliminacion de sus partes mortificadas, comprenden zonas estensas interesando profundamente las túnicas, y hasta la perforacion misma, como hemos tenido oportunidad de observar dos casos.

Otras veces el aparato renal es el que domina por la intensidad de sus alteraciones: es la hiperemia, ó las lesiones comenzantes de la nefritis parenquimatosa, con metamórfosis grasosa de las células epiteliales, con cilindros en los túbuli, etc.

Otras, en fin, se fijan en el sistema nervioso central: las meninges y el cerebro son el asiento de congestiones, de flegmásias, de exudados, derrames ó hemorragias, etc., y son estas alteraciones visibles en la autópsia, las que permiten caracterizar á veces las rarezas del período reaccionario.

Por regla general en los casos que nos ha sido dado observar, las lesiones anatómicas del período de reaccion ocupaban estos tres departamentos, pero en grados diversos; cuando no sucedia así y estas lesiones dominaban de un modo marcado en uno de ellos, los restantes ó estaban regularmente sanos ó sus alteraciones eran relativamente mínimas.

Al terminar este capítulo bien incompleto á nuestro pesar, hemos dejado en silencio numerosas cuestiones que hoy se exijen á las estudios de este género, pero que prometemos llenar, cuando volvamos sobre este tema bien antiguo pero siempre nuevo.

FIN

ÍNDICE

OBRAS DEL MISMO AUTOR

La Urémia (tesis 1879)..................... 1 Vol.

Tratamiento de la viruela hemorrágica (1884) 1 Foll.

Consideraciones sobre los casos de fiebre amarilla importados (1884)................... 1 »

La Viruela en la América del Sud y particularmente en la República Argentina (Historia, estadística, clínica y profiláxia) (1885).... 1 Vol.

EN PRENSA

Historia, estadística, etc., del Cólera en la Argentina.................................... 1 Vol.

La Cremacion cadavérica en la Argentina... 1 »

18

EPIDEMIOLOGÍA ARGENTINA

EL CÓLERA

Y

SU TRATAMIENTO

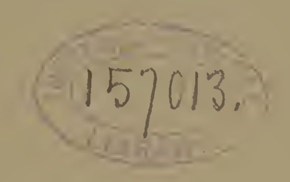
POR EL



Dr. JOSÉ PENNA

DIRECTOR DE LA CASA DE AISLAMIENTO

Ex-Presidente
del Círculo Médico Argentino—Ex-Interno del Hospital
General de Hombres y del de Mujeres—Director de la Escuela de Enfermeros
Catedrático sustituto de Patología Interna en la Facultad de Ciencias Medicas de Buenos Aires—Miembro
correspondiente de la Academia Imperial de Medicina de Rio Janeiro, de la
Sociedad Geográfica del Brasil y de la Sociedad
Médico-práctica de Paris.



BUENOS AIRES

Establecimiento Tipográfico EL CENSOR, Corrientes 289.

1888

OBRAS DEL MISMO AUTOR

La Urémia (tesis 1879)..................... 1 Vol.

Tratamiento de la viruela hemorrágica (1884) 1 Foll.

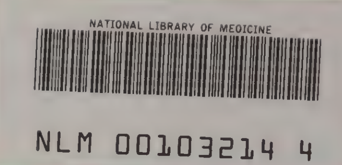
Consideraciones sobre los casos de fiebre amarilla importados (1884)................... 1 »

La Viruela en la América del Sud y particularmente en la República Argentina (Historia, estadística, clínica y profiláxia) (1885).... 1 Vol.

EN PRENSA

Historia, estadística, etc., del Cólera en la Argentina.................................. 1 Vol.

La Cremacion cadavérica en la Argentina. . 1 »


NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE
NLM 00103214 4